HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	VERSIÓN: 10
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	17/07/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Junio de 2026
No. de Contrato:	038-2026			VALOR	$ 151.943.671		
N° de Proceso en	CM-001-202-HOMIL						
Objeto	"CONTRATAR LA INTERVENTORIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, JURÍDICA, FINANCIERA Y/O CONTABLE Y AMBIENTAL AL CONTRATO 362-2022, PARA EL MANTENIMIENTO PERIODICO DE LAS INSTALACIONES DEL EDIFICIO PRINCIPAL, EDIFICIO FE EN LA CAUSA Y EDIFICIO IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL NIVEL III Y IV".						
Nombre de	CONSORCIO MILITAR GB10			NIT/ CC	902.050.547-2		
Clase de Contrato	Interventoría			Modalidad de	Concurso de Méritos		
Cuenta Bancaria	172-000013-70	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de	Ahorr	X	Corriente
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : CVP-100002663		Aseguradora (SI aplica):	SEGUROS MUNDIAL	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		27/03/2026	

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
2026	125226	14/1/2026	1740	27/3/2026	173326	27/3/2026	FVE3	16/07/2026	N/A	N/A	$ 11.811.122,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 11.811.122,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Once millones ochocientos once mil ciento veintidos pesos m/cte.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2026	$ 151.943.671,00			$ 21.755.092,00	$ 130.188.579,00
TOTAL CONTRATO	$ 151.943.671,00	$ -	$ -	$ 21.755.092,00	$ 130.188.579,00

Nombre del Supervisor:	Ing. RENE HURTADO AGUILAR	Fecha de notificación:	27/3/2026
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
	27/3/2026	30/11/2026	
Vigencia del Contrato:	Ocho (8) meses		
Prorrogas:	En tiempo		
	1-		
	2-		

NOTA 1: Se verificó el pago de Parafiscales, EPS, Pensión y Riesgos Profesionales con Planilla N° **83218805** del 09/06/2026 – correspondiente al mes de mayo - junio de 2026. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del periodo mayo - junio de 2026; así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente contrato dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION.

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado/ existencias almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES: ***El valor de esta factura favor cargarlo contablemente al (bloque) Edificio principal, unicamente.***

NOTA 5: (El valor de este informe corresponde a las actividades ejecutadas en el edificio ppal.) En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL								
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entida	Valor	Entida	Valor	Entidad	Valor

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SP. RENÉ HURTADO AGUILAR — **FIRMA**

NÚMERO DE CEDULA: 1.032.397.839
CELULAR : 3178958904 — **CORREO:** rhurtado@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus Soportes	X	
Acta de Supervisión y/o Factura	X	2
Pago de Seguridad Social	X	1
Certificación Bancaria	X	1

Elaboró: Julio Alfonso