HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	1/9/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES	AGOSTO

No. de Contrato:	096-2025	VALOR	18.026.150		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-084-2025-HOMIL				
Objeto	"SUMINISTRO DE ELEMENTOS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA LA SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES, ESTUDIANTES Y PERSONAL EN COMISIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES -LOTE 1."				
Nombre de Contratista	COMERCIALIZADORA LA GEMA SAS	NIT/ CC	900.405.496-3		
Clase de Contrato	SUMINISTRO	Modalidad de Contratación	MÍNIMA CUANTÍA		

Cuenta Bancaria No.	63400000180	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente		
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	310 - 47 -994000017511	Aseguradora (Si aplica):	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	21/8/2025				

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					
VIGENCIA AÑO (2025)	149725	17/3/2025			287825	15/8/2025					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO (2025)	$ 18.026.150				$ 18.026.150
TOTAL CONTRATO	$ 18.026.150,00	$ -	$ -	$ -	$ 18.026.150

Nombre del Supervisor: Diana Marcela Rodriguez González		Fecha de notificación: 20/08/2025	
Plazo de ejecución: 4 meses	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
	20/8/2025	31/12/2025	
Vigencia del Contrato:			
Prorrogas:	En tiempo		
	1-		
	2-		
	3-		

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales **EPS y Pensión y Riesgos Profesionales Planilla N°** correspondiente al mes de
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de **()**; 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 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/	CANTIDAD	NUMERO DE REPORTE DE	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
N/A														

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	FECHA DE SALIDA DEL	OBSERVACIONES
N/A											

OBSERVACIONES :
Se realiza reunión inicial con el contratista, con el fin de coordinar y formalizar la entrega de los elementos de protección personal (EPP) establecidos en el contrato, teniendo en cuenta las características y especificaciones técnicas requeridas para cada elemento.

NOTA 5: 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	Nº Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: DIANA MARCELA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ	
NÚMERO DE CEDULA:	52717479
CELULAR : 3158765316	**CORREO:** drodriguez@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	N/A	N/A
Acta de supervisión y/o Factura	N/A	N/A
Pago de Seguridad Social	N/A	N/A