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:	30/06/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES	JUNIO

No. de Contrato:	077-2026	VALOR	43.512.000		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-079-2026-HOMIL				
Objeto	"SERVICIO DE DOSIMETRÍA PERSONAL PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS DOSIS RECIBIDAS POR LOS TRABAJADORES OCUPACIONALMENTE EXPUESTOS A RADIACIONES IONIZANTES EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL."				
Nombre de Contratista	RADPROCT LTDA	NIT/ CC	800.162.425-3		
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Modalidad de Contratación	CONTRATACIÓN DIRECTA		
Cuenta Bancaria No.	062129663	Banco:	BANCO DE BOGOTA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CPL-100001246	Asegurador a (Si aplica):	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS SA	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	25/06/2026			

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					
VIGENCIA AÑO (2026)	157326	17/03/2026			224126	16/06/2026					
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 (2026)	$ 43.512.000				$ 43.512.00
TOTAL CONTRATO	$ 43.512.000	$ -	$ -	$ -	$ 43.512.00

Nombre del Supervisor: Diana Marcela Rodríguez González	Fecha de notificación: 30/06/2026	
Plazo de ejecución: 4 meses	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	26/06/2026	31/12/2026
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 mayo y junio.
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 servici 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	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	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 EQUIPO	OBSERVACIONES
N/A													

OBSERVACIONES :

El contrato inició su ejecución el 26 de junio de 2026. En el marco del seguimiento contractual, y de acuerdo con los lineamientos establecidos para el desarrollo y seguimiento de las obligaciones contractuales, se realizó la actualización del formato novedades y solicitudes de dosimetría, incluyendo la información requerida para la gestión y control del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes, así como los datos asociados a la prestación del servicio.

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.

Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	INFORMACION GENERAL SALUD		PENSION		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 RODRIGUEZ GONZALEZ

NÚMERO DE CEDULA: 52717479

CELULAR : 3158765316 **CORREO:** drodriguez@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° 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