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:	1/07/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE**	**JUNIO**

No. de Contrato:	295-2025	**VALOR**	**5.933.850**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-207-2025-HOMIL		
Objeto	"ADQUISICIÓN DE ELEMENTOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS Y DESASTRES DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL -LOTE 3 Y LOTE 4"		
Nombre de Contratista	SOLUCIONES RAHES SAS	**NIT/ CC**	901.357.302-0
Clase de Contrato	ADQUISICION	**Modalidad de Contratación**	MINIMA CUANTIA

Cuenta Bancaria No.	23100000157	**Banco:**	BANCOLOMBIA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	X	**Corriente**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	21-44-101486872	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS DEL ESTADO SA	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	10/12/2025			

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)	223525	9/12/2025			472825	5/12/2025					
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)	$ 5.933.850				$ 5.933.850
TOTAL CONTRATO	**$ 5.933.850**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ 5.933.850**

Nombre del Supervisor: Diana Marcela Rodríguez González	**Fecha de notificación:** 11/12/2025	
Plazo de ejecución: 4 meses	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	10/12/2025	**31/12/2025**
Vigencia del Contrato:		
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-Hasta el 30/01/2026	
	2-Hasta el 22/04/2026	
	3-Hasta el 30/11/2026	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales **EPS y Pensión y Riesgos Profesionales Planilla N°** correspondiente al mes de noviembre y diciembre.
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**	**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:
Ante la persistente falta de respuesta a los requerimientos de mayo, el día 25 de junio se envió una nueva comunicación reiterando la solicitud de evidencias de importación y entrega de las baterías del Contrato 295-2025. Se dejó constancia de que no ha sido posible establecer comunicación telefónica con el contratista por los medios disponibles, dificultando el seguimiento de los compromisos pendientes, y se solicitó un canal de contacto efectivo.

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.

INFORMACION GENERAL								
Entidad	Nº Planilla	Fecha de pago	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 RODRÍGUEZ GONZÁLEZ	
NÚMERO DE CEDULA:	52717479
CELULAR : 3158765316	**CORREO:** drodriguez@hamil.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