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: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	1/9/2026	**INFORME DE SUPERVISIÓN**	**X**	**TRAMITE PARA PAGO**	**N/A**	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**AGOSTO 2026**

No. de Contrato:	**029-2026**	**VALOR**	**$ 26.004.000**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	**025-2026**		
Objeto	**MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL SISTEMA DE VERTIDOS Y CALIBRACION INTENSIMETROS BIODEX Y LUDLUM**		
Nombre de Contratista	**RADIOLOGICAL PROTECTION SERVICES S.A.S.**	**NIT/ CC**	**900.430.367-7**
Clase de Contrato	**PRESTACION DE SERVICIO**	**Modalidad de Contratación**	**MINIMA CUANTIA**

Cuenta Bancaria No.	**485969999237**	**Banco:**	**DAVIVIENDA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : CSC-100063282	**Aseguradora (Si aplica): SEGUROS MUNDIAL**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 16/04/2026**

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	139826	9/2/2026	1398	9/2/2026	182026	6/4/2026	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO												**$ -**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: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	**$ 26.004.000**				**$ 26.004.000,00**
TOTAL CONTRATO	**$ 26.004.000**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ 26.004.000,00**

Nombre del Supervisor Nubia Rojas Rodriguez	**Fecha de notificación: 16/04/2026**

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	16/4/2026	**31/12/2026**
Vigencia del Contrato:	**Vigencia del Contrato: La vigencia será igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más.**	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social mediante certificación de fecha 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 documento 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 (Si aplica observaciones en el mes a presentar): NO SE PRESENTARON MOVIMIENTOS AL MES DE JULIO 2026

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	N° 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: Nubia Rojas Rodríguez	**FIRMA**	
NÚMERO DE CEDULA:	**52.331.859**	
CELULAR : EXT 5390	**CORREO: nrojas@homil.gov.co**	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		