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:	120-2026				**VALOR**	**23.976.000**					
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-085-2026-HOMIL										
Objeto	"ADQUISICIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA ENFUNCIONAMIENTO DE ELEMENTOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS Y DESASTRES, DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL"										
Nombre de Contratista	MANPOWER COMPAÑIA INTEGRAL DE SERVICIOS SAS				**NIT/ CC**	900.529.261-2					
Clase de Contrato	COMPRAVENTA				**Modalidad de Contratación**	CONTRATACIÓN DIRECTA					
Cuenta Bancaria No.	081163123	**Banco:**	BANCO COMERCIAL AV VILLAS	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	X	**Corriente**				
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	NB-100452562	**Asegurador a (Si aplica):**	COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS SA	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	26/06/2026						

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL											
VIGENCIA	**Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.**	**FECHA**	**DINAMICA No.**	**FECHA**	**Registro Presupuestal (RP) No.**	**FECHA CRP**	**No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO**	**FECHA FACTURA**	**ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO**	**ALMACEN AL QUE INGRESA**	**VALOR OBLIGACIÓN**
VIGENCIA AÑO (2026)	157226	17/03/2026			227226	17/06/2026					
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)**
VIGENCIA AÑO (2026)	$ 23.976.000				$ 23.976.00
TOTAL CONTRATO	**$ 23.976.000**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ 23.976.00**

Nombre del Supervisor: Diana Marcela Rodriguez González		**Fecha de notificación:** 30/06/2026
Plazo de ejecución: 4 meses	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
Vigencia del Contrato:	**26/06/2026**	**31/08/2026**
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 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**	**OBSERVACIONES**
N/A								

OBSERVACIONES :

Se llevó a cabo la reunión inicial con la Supervisora del Contrato, espacio en el cual se realizó la lectura detallada de las cláusulas contractuales y se revisó de manera conjunta el cronograma de ejecución, quedando concertados los tiempos y pautas para el desarrollo de las actividades.

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	N° 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 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