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:	19/1/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**	x	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	DICIEMBRE 2025

No. de Contrato:	206-2025	**VALOR**	$ 300.000.000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CD-033-2025-HOMIL		
Objeto	CONTRATAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LOS ASCENSORES DE PASAJEROS A TODO COSTO, INCLUIDO REPUESTOS ORIGINALES DE LA MARCA KONE, NO REMANUFACTURADOS, TARJETAS ELECTRÓNICAS, ACTUALIZACIONES DE SOFTWARE Y LA ADECUACIÓN DEL SISTEMA INTELIGENTE DE LOS ASCENSORES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.		
Nombre de Contratista	GRUPO INDUSTRIAL INNOVA SAS	**NIT/ CC**	901.672.134
Clase de Contrato	Prestación de servicios	**Modalidad de Contratación**	Contratación directa

Cuenta Bancaria No.	91500002878	**Banco:**	BANCOLOMBIA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 18-46-101030924	**Aseguradora (Si aplica):** SEGUROS DEL ESTADO S.A.	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** 25/09/2025

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 2025	223025	11/9/2025			326325	25/9/2025	DICIEMBRE DE 2025				$ 0
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 0**
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:											

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA 2025	$ 300.000.000	$ 0	$ 0	$ 16.207.800	$ 283.792.200
TOTAL CONTRATO	**$ 300.000.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 16.207.800**	**$ 283.792.200**

Nombre del Supervisor: TN SANTIAGO ANDRES ROJAS MORENO	**Fecha de notificación:** 22/09/2025

Plazo de ejecución:	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	25/9/2025	**31/12/2025**
Vigencia del Contrato:	104 DIAS	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1- A 30/04/2026	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y riesgos profesionales.

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social; 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 relacionado a continuación:

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

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

OBSERVACIONES:

Durante el mes de DICIEMBRE de 2026 no se realizó facturación.

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: TN SANTIAGO ANDRES ROJAS MORENO		**FIRMA**	
NÚMERO DE CEDULA:	1.015.446.520		
CELULAR : 314 380 0318		**CORREO:** sarojas@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Acta de supervisión y Factura	X	1