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:	23/09/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	AGOSTO
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	Asegurador a (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 Rodriguez 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:
A la fecha, el contratista SOLUCIONES RAHES S.A.S. continúa sin dar respuesta a los requerimientos de información remitidos durante los meses de mayo y junio, relacionados con el proceso de importación y la entrega de las dos (2) baterías para desfibrilador.

Persiste el incumplimiento frente a la entrega de las evidencias y soportes requeridos que permitan conocer el estado actual del proceso de importación y establecer una fecha cierta para la entrega de los elementos pendientes.

De igual manera, se han realizado diferentes gestiones para establecer comunicación con el contratista, mediante llamadas al número de celular y al número telefónico fijo registrado en SECOP II; sin embargo, no ha sido posible obtener respuesta efectiva. El número fijo registrado figura como fuera de servicio o con inconvenientes técnicos, situación que ha dificultado el contacto y el seguimiento oportuno a las obligaciones contractuales.

En consecuencia, la falta de respuesta, la ausencia de los soportes solicitados y la imposibilidad de establecer un canal de comunicación efectivo continúan afectando el avance de la gestión contractual y el seguimiento al cumplimiento de las obligaciones relacionadas con la entrega de las dos (2) baterías para desfibrilador.

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@homil.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