HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	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:	24/01/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO	ENERO
No. de Contrato:	SP-SUAD-0079-2025			VALOR			31.903.100,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SP-GECO-0068-2025						
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TECNOLOGO EN GESTIÓN LOGÍSTICA PARA EL ÁREA DE GESTIÓN CONTRATOS, SELECCIÓN PERSONAL, SEGUIMIENTO, EJECUCIÓN Y APOYO CONTRACTUAL DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	WILLIAM RUFINO CARRETERO CHAGUALA			NIT/ CC			93,398,942
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación			CONTRATACION DIRECTA
Cuenta Bancaria No.	382104859	Banco:	BBVA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : N /A	Aseguradora (Si aplica): N /A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): N /A

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					
2025	109525	14/01/2025	1095	15/01/2025	111225	15/01/2025	ENERO				2.577.100,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											2.577.100,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: **DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CIEN PESOS M/Cte**

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2025	31.903.100,00			2.577.100,00	29.326.000,00
					$ -
TOTAL CONTRATO	$ 31.903.100,00	$ -	$ -	$ 2.577.100,00	$ 29.326.000,00

Nombre del Supervisor : PD. MIGUEL ANGEL OBANDO CASTILLO	Fecha de notificación: 2025-01-23

Plazo de ejecución	346 DIAS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
		15/01/2025	31/12/2025
Vigencia del Contrato:		2025	
Prorrogas:		En tiempo	
		1-	
		2-	
		3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión **2025/1/23** y riesgos profesionales **2025/1/23** **Planilla N° 7953169325** – correspondiente al mes d **Diciembre 2024** en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de **(Diciembr 2024)**; así mismo certifico que el 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 / existencia e 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

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	Nº Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entid	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**PD. Miguel Ángel Obando Castillo**	
NÚMERO DE CEDULA:	**79572446**	
CELULAR :	**3022909209**	**CORREO: mobando@homil.gov.co**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	x	5
Acta de supervisión y/o Factura	x	2
Pago de Seguridad Social	x	2