HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISION Y/O TRAMITE A PAGO	CODIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	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:	28/02/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Febrero de 2025

No. de Contrato:	361/2024	VALOR	$ 132.156.045
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CM-001-2024-HOMIL		
Objeto	CONTRATAR LA CONSULTORIA, LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA RED DE ABASTECIMIENTO PRINCIPAL ALTERNA DE AGUA POTABLE DESDE EL TANQUE DE ALMACENAMIENTO GENERAL HASTA EL CUARTO DE CALDERAS DEL EDIFICIO PRINCIPAL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL Y LOS ESTUDIOS, DIAGNÓSTICO Y DISEÑOS PARA LA OPTIMIZACIÓN Y ADECUACIÓN DEL SISTEMA DE TRATAMIENTO DE AGUA RESIDUAL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE BOGOTÁ D.C LOTE 1 Y 2.		
Nombre de Contratista	ESCONING S.A.S.	NIT/ CC	844.004.552-4
Clase de Contrato	CONSULTORIA	Modalidad de Contratación	CONTRACIÓN DIRECTA

Cuenta Bancaria No.	286069997174	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : COQ-100004299 | Aseguradora (Si aplica): SEGUROS MUNDIAL | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 15/11/2024

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
2024	210424	18/07/2024	3.825	12/11/2024	379024	12/11/2024	feb-25	N/A	N/A	N/A	
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)
2024	$ 132.156.045			$ -	$ 132.156.045
TOTAL CONTRATO	$ 132.156.045	$ -	$ -	$ -	$ 132.156.045

Nombre del Supervisor: SV. RENÉ HURTADO AGUILAR | Fecha de notificación: 15/11/2024

Plazo de ejecución: 3 meses	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	15/11/2024	31/12/2024
Vigencia del Contrato:	Igual al plazo de ejecución y cuatro meses más.	
Prorrogas:	En tiempo	
	1- Hasta el 15/02/2025	
	2- Hasta el 03/03/2025	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de Parafiscales, EPS, Pensión y Riesgos Profesionales el **2025/02/21,** Planilla N° **32594179** – correspondiente al mes de enero-febrero de 2025. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de enero-febrero de 2025; 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 SATISFACCIÓN.

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): Se realiza este informe de supervisión sin afectación presupuestal en el periodo.

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	
			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: RENE HURTADO AGUILAR **FIRMA:**

NUMERO DE CEDULA: 1.032.397.839

CELULAR : 3178958904 **CORREO:** rhurtado@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1

Elaboró: Julio Alfonso