HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN 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:	24/04/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Abril de 2025

No. de Contrato:	001/2025	VALOR	$ 7.564.000
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CD-032-2024-HOMIL		
Objeto	ARRENDAMIENTO DE UN ESPACIO FÍSICO DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE CAJERO AUTOMÁTICO AL BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA – SIGLA BBVA COLOMBIA		
Nombre de Contratista	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA – SIGLA BBVA COLOMBIA	NIT/ CC	860.003.020-1
Clase de Contrato	ARRENDAMIENTO	Modalidad de Contratación	CONTRACIÓN DIRECTA

Cuenta Bancaria No.		Banco:		Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	

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

	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
2025							OS13239	01/04/2025	N/A	N/A	$ 552.924
2025							OS13240	01/04/2025	N/A	N/A	$ 77.409
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 630.333

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Seiscientos treinta mil trescientos treinta y tres pesos m/cte.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2024	$ 7.564.000			$ 1.617.854	$ 5.946.146
TOTAL CONTRATO	$ 7.564.000	$ -	$ -	$ 1.617.854	$ 5.946.146

Nombre del Supervisor: PD. TATIANA MARCELA RAMOS PERDOMO		Fecha de notificación: 15/11/2024
Plazo de ejecución: 12 meses	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	11/02/2025	22/01/2026
Vigencia del Contrato:	Igual al plazo de ejecución y cuatro meses más.	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de Parafiscales, EPS, Pensión y Riesgos Profesionales correspondiente al mes de marzo-abril de 2025. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de marzo-abril 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

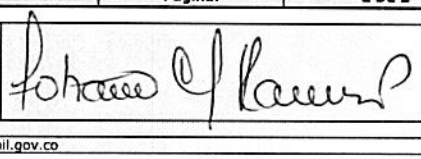
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): Informe de supervisión al contrato de arrendamiento No. 001-2025.

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: TATIANA MARCELA RAMOS PERDOMO	FIRMA:	

NÚMERO DE CEDULA: 52.539.269
CELULAR : 3202713373 **CORREO:** tramos@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura	X	3
Pago de Seguridad Social	X	1
Certificación Bancaria		

Elaboró: Julio Alfonso