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:	9/04/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	**X**	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE**	**ABRIL 2025**
No. de Contrato:	375-2024			**VALOR**	$ 15.000.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	281-2024						
Objeto	**"PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA REALIZACION DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO DE IMPRESION DEL AREA DE IMPRENTA DE LA ENTIDAD, INCLUYENDO EL SUMINISTRO DE REPUESTOS Y MANO DE OBRA NECESARIOS PARA ESTE PROCESO**						
Nombre de Contratista	NESTOR FIDEL RODRIGUEZ RODRIGUEZ			**NIT/ CC**	3.054.873		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			**Modalidad de Contratación**	SELECCIÓN MINIMA CUANTIA		
Cuenta Bancaria No.	0550488439683787	**Banco:**	DAVIVIENDA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	14-44-101226422	**Asegurador a (Si aplica):**	SEGUROS DEL ESTADO	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	20/12/2024		

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					
AÑO 2024	222924	4/09/2024	2229	4/09/2024	443324	19/12/2024					
AÑO 2025	120725						FEN-1	3/04/2025			$ 14.738.182,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO : CATORCE MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CIENTO OCHENTA Y DOS PESOS MCTE

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: N/A

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR EJECUTADO	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO (Ej:**2024**)	$ 15.000.000,00		$ 0,00	$ 14.738.182,00	$ 261.818,00
VIGENCIA 2025		$ 3.600.000,00			$ 3.600.000,00
TOTAL CONTRATO					

Nombre del Supervisor Javier Alberto Clavijo		**Fecha de notificación:** 20/12/2024
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	23/12/2024	30/04/2025
Vigencia del Contrato:	: La vigencia será igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1- 30/04/2025	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales : CERTIFICACION 19 DE MARZO DE 2025
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	NUMERO DE ENTRADA AL	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia	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	N° 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: Javier Alberto Clavijo Vasquez

NÚMERO DE CEDULA:	19.446.422
CELULAR : 3158817266	CORREO: jclavijo@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	2