| 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: | FEBRERO-2025 | INFORME DE SUPERVISOR | X | TRAMITE PARA PAGO | | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | FEBRERO-2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. de Contrato: | 004/2025 | | | VALOR | $ 3.000.000.000 | | |
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual | CD-006-2025-HOMIL | | | | | | |
| Objeto | SUMINISTRO DE ALIMENTACIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, MÉDICOS RESIDENTES E INTERNOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. | | | | | | |
| Nombre de Contratista | SARUPETROL S.A.S | | | NIT/ CC | 900,322,842-1 | | |
| Clase de Contrato | SUMINISTRO | | | Modalidad de Contratación | CONTRATACION DIRECTA | | |
| Cuenta Bancaria No. | 0541000100029948 | Banco: | BBVA | Tipo de Cuenta: | | Corriente | X |
| Garantía Cumplimiento y Responsabilidad Civil : | N°14-44-101228654<br>N° 14-40-101070663 | Aseguradora (Si aplica): | SEGUROS DEL ESTADO S.A. | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 5/02/2025 | | |

| 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 | 134025 | 31/01/2025 | 1340 | 31/01/2025 | 126625 | 03/02/2025 | | | | | |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | $ 0,00 |
| 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 | $ 3.000.000.000,00 | | | | $ 3.000.000.000,00 |
| TOTAL CONTRATO | $ 3.000.000.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 3.000.000.000,00 |

| Nombre del Supervisor | | | |
|---|---|---|---|
| | PD. OMAR SANCHEZ BELTRAN | Fecha de notificación: | 5/02/2025 |
| | SMSM. ERIC GIOVANNY DELGADO ZARATE | Fecha de notificación: | 5/02/2025 |
| | SMSM. DIANA MARCELA RODRIGUEZ GONZALEZ | Fecha de notificación: | 5/02/2025 |
| | SMSM. YULI MARCELA GONZALEZ CARABALI | Fecha de notificación: | 27/03/2025 |
| | DOCTOR RAMIRO EGAS CORDOBA | Fecha de notificación: | 5/02/2025 |
| | SMSM. MARTHA CONSUELO ROMERO TORRES | Fecha de notificación: | 5/02/2025 |

| Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|
| | 5/02/2025 | 31/05/2025 |
| Vigencia del Contrato: | Igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más. | |
| Prorrogas: | En tiempo | |
| | 1- | |
| | 2- | |
| | 3- | |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión_____ y riesgos profesionales _____Planilla N° _____ – correspondiente al mes de_____ 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 D | 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**: En el mes de **febrero de 2025** no se generó facturación.

**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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | En | Valor | Entidad | Valor | Entidad | Valor |
| | | | | | | | | |



| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: | PD. OMAR SANCHEZ BELTRAN | | |
| NÚMERO DE CEDULA: | 79.457.913 | | |
| CELULAR : | 3164941907 | CORREO: | osanchez@homil.gov.co |

**DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:**

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