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:	14/05/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	abr-25

No. de Contrato:	007-2025	**VALOR**	**$ 194.100.320**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CD-008-2025-HOMIL		
Objeto	"ARRENDAMIENTO DE LAS ÁREAS FÍSICAS Y ENTREGA DE EQUIPOS INDUSTRIALES, MUEBLES Y ENSERES, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, ALISTAMIENTO Y PREPARACIÓN DE ALIMENTOS DIRIGIDOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS, MÉDICOS RESIDENTES E INTERNOS, PERSONAL Y USUARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE BOGOTÁ"		
Nombre de Contratista	**SARUPETROL S.A.S**	**NIT/ CC**	900.322.842-1
Clase de Contrato	ARRENDAMIENTO DE INMUEBLES	**Modalidad de Contratación**	CONTRATACION DIRECTA

Cuenta Bancaria No.	N/A	**Banco:**	N/A	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		**Asegurador a (Si aplica):**		**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**				

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	N/A		N/A		N/A		ARRIENDO Y SERVICIOS ABR-2025 FACTURAS OS000000013237 Y OS000000013238	N/A	N/A	N/A	$ 48.525.080
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO:											**$ 48.525.080**

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VR. EJECUTADO (D)**	**SALDO CONTRATO (A+B-C-D)**
2025	$ 194.100.320	-	-	145.575.240,00	48.525.080,00
	-	-	-	-	-
	-	-	-		
TOTAL CONTRATO	**$ 194.100.320,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 145.575.240,00**	**$ 48.525.080,00**

Nombre del Supervisor: PD. TATIANA MERCELA RAMOS PERDOMO	**Fecha de notificación:** Radicado I-01000-202507234-HMC Id: 393185	
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	14/03/2025	**31/05/2025**
Vigencia del Contrato:	vigencia de contrato: El plazo de ejecución será previo perfeccionamiento del contrato (Articulo 41 Ley 80 de 1993) y cumplimiento de los	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1- NO APLICA	
	2- NO APLICA	
	3- NO APLICA	

NOTA 1: Verifico el pago de Parafiscales, EPS, Pensión y riesgos profesionales según Planilla N° **9485854802** y pago **N° 1469752101** de fecha 09/05/2025, correspondiente al mes de **abril de 2025 (pensión) y mayo de 2025 (salud), anexo al presente.** En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social.

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):

NOTA 5: EL PRESENTE INFORME CORRESPONDE AL CONTRATO DE " ***"ARRENDAMIENTO DE LAS ÁREAS FÍSICAS Y ENTREGA DE EQUIPOS INDUSTRIALES, MUEBLES Y ENSERES, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, ALISTAMIENTO Y PREPARACIÓN DE ALIMENTOS DIRIGIDOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS, MÉDICOS RESIDENTES E INTERNOS, PERSONAL Y USUARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE BOGOTÁ""***

SE VERIFICA PARA EL PAGO DEL CANON DE ARRIENDO POR VALOR DE $ 41.844.091, FACTURA OS13237, Y PAGO DE SERVICIOS PUBLICOS POR VALOR DE $ 6.680.989, FACTURA OS13238; RECIBO DE CAJA TE2500000095911 DEL MES DE ABRIL DE 2025 POR $48.525.080.

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: PD. TATIANA MARCELA RAMOS PERDOMO			
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	1
Pago de Seguridad Social	X	6

Elaboró: Julio Alfonso