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:	30/05/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**	**X**	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**Mayo de 2025**

No. de Contrato:	**001/2025**	**VALOR**	**$ 7.564.000**
N° 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.	N/A	**Banco:**	N/A	**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	N/A		N/A		N/A		OS12698-OS12699	12/03/2025	N/A	N/A	$ 357.188
2025	N/A		N/A		N/A		OS12700-OS12701	12/03/2025	N/A	N/A	$ 630.333
2025	N/A		N/A		N/A		OS13239-OS13240	01/04/2025	N/A	N/A	$ 630.333
2025	N/A		N/A		N/A		OS13862-OS13864	02/05/2025	N/A	N/A	$ 630.333
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO:											**$ 630.333**

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

Por concepto de pago de arriendo de un espacio físico e IVA incluido, más servicios públicos (energía eléctrica)

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			$ 2.248.187	$ 5.315.813
TOTAL CONTRATO	**$ 7.564.000**	**$ -**	**$ -**	**$ 2.248.187**	**$ 5.315.813**

Nombre del Supervisor: Ing. 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 correspondientes al mes de abril-mayo de 2025. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de abril-mayo 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

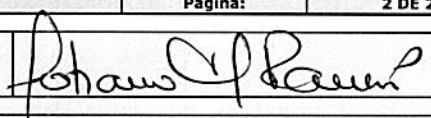
DESCRIPCION DEL EQUIPO	**SERIE**	**PLACA**	**AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO**	**No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO**	**FECHA DE MANTENIMIENTO**	**FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO**	**FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO**	**OBSERVACIONES**

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.

INFORMACION GENERAL								
Entidad	**N° Planilla**	**Fecha de pago**	**SALUD**		**PENSIÓN**		**RIESGOS PROFESIONALES**	
			Entida	**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: P.D. 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	X	3
Acta de supervisión y/o Factura	X	3
Pago de Seguridad Social	X	1

Elaboró: Julio Alfonso