

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:	31/5/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	MAYO
--------	-----------	-----------------------	---	-------------------	--	------

No. de Contrato:	306-2022	VALOR	\$	367.302.760,00
------------------	----------	-------	----	----------------

N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-081-2022-HOMIL
--	-------------------

Objeto	LA PRESTACION DEL SERVICIO DE OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA Y PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA RESIDUAL DOMESTICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, INCLUIDOS LOS CONSUMIBLES QUE SE REQUIERAN.
--------	--

Nombre de Contratista	ACUATECNICA FERNANDO FACCINI Y CIA S.A.S	NIT/ CC	860.008.495-9
-----------------------	--	---------	---------------

Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTIA.
-------------------	-------------------------	---------------------------	------------------------------------

Cuenta Bancaria No.	24104252058	Banco:	BANCOLOMBIA S.A	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X
---------------------	-------------	--------	-----------------	-----------------	---------	-----------	---

Garantía Cumplimiento (Si aplica):	21-44-101399635	N/A	Asegurador a (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	24/11/2022
------------------------------------	-----------------	-----	---------------------------	------------------------	---	------------

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	3225	7/1/2025			1825	7/1/2025	FE 362	5/5/2025	N/A	N/A	\$ 7.480.549,44
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 7.480.549,44

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Siete Millones cuatrosientos ochenta mil quinientos cuarenta y nueve pesos con cuarenta y cuatro centavos M/CTE.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2022	\$ 10.140.654,00			\$ 10.140.654,00	\$ -
VIGENCIA AÑO 2023	\$ 84.613.615,00	\$ 41.695.126,00	\$ 0,01	\$ 126.308.740,99	\$ -
VIGENCIA AÑO 2024	\$ 87.152.024,00			\$ 87.152.024,00	\$ -
VIGENCIA AÑO 2025	\$ 89.766.585,00			\$ 21.120.747,36	\$ 68.645.837,64
VIGENCIA AÑO 2026	\$ 53.934.756,00				
TOTAL CONTRATO	\$ 325.607.634,00	\$ 41.695.126,00	\$ 0,01	\$ 244.722.166,35	\$ 122.580.593,64

Nombre del Supervisor SV. Juan Alberto Melo Nelsa	Fecha de notificación: 12/05/2025
---	-----------------------------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION			
	28/11/2022		31/7/2026			
Vigencia del Contrato:	Hasta el 31/07/2026					
Prorrogas:	En tiempo					
	1-					
	2-					
	3-					

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS - Pensión y riesgos profesionales 02/05/2025 planilla N° 9485569142 en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de ABRIL; 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.

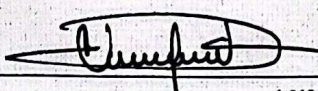
NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

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: SV. JUAN ALBERTO MELO NEISA		
NÚMERO DE CEDULA:	1.012.362.890	
CELULAR : 3104242991	CORREO: jamelo@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	15
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1