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:	16/05/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	ABRIL -2025
No. de Contrato:	366/2022			VALOR	$ 622.243.343		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-131-2022						
Objeto	MANTENIMIENTO DE JARDINES, ZONAS VERDES Y SUMINISTRO DE PLANTAS ORNAMENTALES JUNTO CON SU RESTAURACIÓN EN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	SERVICIOS Y CONSTRUCCIONES GABRIEL CASTRO SAS			NIT/ CC	900.718.863-7		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTIA		
Cuenta Bancaria No.	24044109282	Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente
Garantía Cumplimiento y Responsabilidad Civil :	33-44-101234095 33-40-101072679	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	23/12/2022		

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACEN 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	6425	08/01/2025	67	8/01/2025	4905	8/01/2025	SCF-58	11/05/2025	N/A	N/A	$ 14.590.837,72
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 14.590.837,72
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	CATORCE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON SETENTA Y DOS 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	$ 6.596.633,00			$ 6.596.633,00	
VIGENCIA AÑO 2023	$ 165.126.930,00		$ 8.985,64	$ 165.126.930,00	
VIGENCIA AÑO 2024	$ 170.080.740,00			$ 170.080.740,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO 2025	$ 175.183.160,00			$ 57.128.707,63	$ 118.054.452,37
VIGENCIA AÑO 2026	$ 105.255.880,00				$ 105.255.880,00
TOTAL CONTRATO	$ 622.243.343,00	$ 0,00	$ 8.985,64	$ 398.933.010,63	$ 223.310.332,37

Nombre del Supervisor	PD. OMAR SANCHEZ BELTRAN	Fecha de notificación:	26/12/2022
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
	26/12/2022	31/07/2026	
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 **2025/04/04** y riesgos profesionales **2025/04/04** Planilla N° **9484150716** – correspondiente al mes de **Marzo -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 (**MARZO - 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 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 DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia 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: 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	Nº 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. 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	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	2