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: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	13/06/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	junio de 2025

No. de Contrato:	031-2025			**VALOR**	$	73.963.501,00			
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	001-2025-HOMIL								
Objeto	INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, JURÍDICA, FINANCIERA, CONTABLE Y AMBIENTAL PARA EL MANTENIMIENTO PERIÓDICO DE LAS INSTALACIONES DEL EDIFICIO PRINCIPAL, EDIFICIO FE EN LA CAUSA Y EDIFICIO IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL NIVEL III Y IV.								
Nombre de Contratista	CONSORCIO INTERHOSMIL			**NIT/ CC**	901.932.710-9				
Clase de Contrato	INTERVENTORÍA			**Modalidad de Contratación**	Concurso de Méritos				
Cuenta Bancaria No.	24144912364	**Banco:**	BANCO CAJA SOCIAL	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	X	**Corriente**		
Garantía Cumplimiento (Si aplica): 14-44-101233343	**Asegurador a (Si aplica):**	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** 10/04/2025						

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					
2025	56025	10/01/2025			180625	16/04/2025	FEV 3	26/05/2025	N/A	N/A	$ 8.218.167,00
							FEV 4	13/06/2025	N/A	N/A	$ 8.218.167,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO:											**$ 8.218.167,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: **Ocho millones doscientos dieciocho mil ciento sesenta y siete pesos m/cte.**

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2025	$ 73.963.501,00			$ 16.436.334,00	$ 57.527.167,00
TOTAL CONTRATO	**$ 73.963.501,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 16.436.334,00**	**$ 57.527.167,00**

Nombre del Supervisor : SP. RENÉ HURTADO AGUILAR	**Fecha de notificación: 16/04/2025**	
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	16/04/2025	31/12/2025
Vigencia del Contrato:	**Plazo de ejecución y seis meses más.**	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico el pago de Parafiscales, EPS, Pensión y Riesgos Profesionales del **2025/06/20** Planilla N° **33814129** – correspondiente al mes mayo-junio de 2025. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del periodo mayo-junio 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):

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: RENÉ HURTADO AGUILAR		FIRMA:	
NÚMERO DE CEDULA:	1.032.397.839		
CELULAR :	3178958904	CORREO:	rhurtado@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	
Acta de supervisión y/o Factura	X	2
Pago de Seguridad Social	X	1
Certificación Bancaria	X	1