HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CODIGO: 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:	JUNIO 17 /2025	INFORME DE SUPERVISOR		X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO	MAYO
No. de Contrato:	291-2022			VALOR	$ 3.362.656.299,00	
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SASS-077-2022-HOMIL					
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA CUIDADO BÁSICO DE CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA) PARA PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL					
Nombre de Contratista	Fundar			NIT/ CC	860.039.431-0	
Clase de Contrato	Prestación de servicios			Modalidad	Selección abreviada menor cuantía	
Cuenta Bancaria No.	1650215603-3	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	15-44-101270881	Aseguradora (Si aplica):	Seguros del estado	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	23/11/2022	

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.					
2025	1425	5/01/2025			1025	FVE 6100	20/05/2025			$ 2.718.525,00
						FVE 6102	20/05/2025			$ 1.316.773,00
						FVE 6103	20/05/2025			$ 395.937,00
						FVE 6104	20/05/2025			$ 1.016.773,00
						FVE 6117	21/05/2025			$ 4.902.441,00
						FVE 6123	22/05/2025			$ 5.114.150,00
						FVE 6130	23/05/2025			$ 4.802.247,00
						FVE 6140	23/05/2025			$ 2.594.525,00
						FVE 6152	29/05/2025			$ 2.644.525,00
						FVE 6153	29/05/2025			$ 2.644.525,00
						FVE 6154	29/05/2025			$ 2.644.525,00
						FVE 6167	30/05/2025			$ 982.880,00
									TOTAL	$ 31.777.826,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO : $ 31.777.826.oo

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TREINTA Y UN MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS VEINTISÉIS PESOS MCTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
AÑO 2022	$ 70.549.621,00			$ 70.549.621,00	0
AÑO 2023	$ 882.999.060,00			$ 882.999.060,00	0
AÑO 2024	$ 909.489.036,00	$ 400.000.000,00		$ 1.309.489.036,00	0
AÑO 2025	$ 936.773.712,00			$ 332.974.170,00	$ 603.799.542,00
AÑO 2026	$ 562.844.870,00				$ 562.844.870,00
TOTAL CONTRATO	$ 3.362.656.299,00	$ 400.000.000,00	$ -	$ 2.596.011.887,00	$ 1.166.644.412,00

Nombre del Supervisor GABRIEL ANTONIO HERNANDEZ KUNZEL	Fecha de notificación: 15/11/2022	
Plazo de ejecución 44 Meses	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	28/11/2022	31/07/2026
Vigencia del Contrato: 2024		
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión , correspondiente al mes de mayo en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (enero); asi 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:

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	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: Se relaciona facturación de los servicios prestados durante el mes de Mayo, por revisón en el Area de Unidad de Cuentas Hospitalarias y facturación

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.

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:	GABRIEL ANTONIO HERNANDEZ KUNZEL	
NÚMERO DE CEDULA:	79437799	
CELULAR : 3102415541		CORREO: gahernandez@homil.gov.co



DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	x	4
Acta de supervisión y/o Factura	x	13
Pago de Seguridad Social	x	1