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

Fecha:	26/06/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JUNIO

No. de Contrato:	SP-SUAD-0389-2025	VALOR	$ 48.553.066
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0285-2025		
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADOR PUBLICO ESPECIALISTA PARA EL ÁREA DE GESTION CONTRATOS, SELECCION PERSONAL, SEGUIMIENTO, EJECUCION Y APOYO CONTRACTUAL DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	ANDRES EDUARDO HERNANDEZ FANDIÑO	NIT/ CC	1026267760
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA

Cuenta Bancaria No.	1004134393	Banco:	SCOTIABANK	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : N/A	Aseguradora (Si aplica): N/A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): N/A

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	167525	9/05/2025			199025	12/05/2025	JUNIO		N/A	N/A	$ 6.172.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 6.172.000

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SEIS MILLONES CIENTO SETENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
AÑO 2025	$ 48.553.066,00	0	0	$ 11.521.066	$ 37.032.000
AÑO	0	0	$ -	$ -	$ -
AÑO	0	0	$ -	$ -	$ -
AÑO	0	0	$ -	$ -	$ -
AÑO	0	0	$ -	$ -	$ -
AÑO	0	0	$ -	$ -	$ -
AÑO	0	0	$ -	$ -	$ -
AÑO	0	0	$ -	$ -	$ -
TOTAL CONTRATO	$ 48.553.066,00	$ -	$ -	$ 11.521.066,00	$ 37.032.000,00

Nombre del Supervisor MIGUEL ANGEL OBANDO CASTILLO	Fecha de notificación:23 DE ENERO DE 2025

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	5/05/2025	31/12/2025
Vigencia del Contrato:	IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION Y CUATRO (04) MESES MÁS	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/05/06 y riesgos profesionales 2025/05/06 Planilla N° 87175890– 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 del mes de MAYO 2025; así mismo certifico que el/la) contratista presentó el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente documento 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/ 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: MIGUEL ANGEL OBANDO CASTILLO	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA: 79.572.446 de BOGOTÁ		
CELULAR : 3022909209	CORREO: MOBANDO@HOMIL.GOV.CO	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	2
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1