| 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:** | 31/7/2025 | **INFORME DE SUPERVISOR** | X | **TRAMITE PARA PAGO** | | **MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME** | **JULIO** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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 | **Aseguradora (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 371 | 4/7/2025 | N/A | N/A | $ 9.120.549,44 |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO** | | | | | | | | | | | $ 9.120.549,44 |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:** Nueve millones ciento veinte 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 | | | $ 39.640.483,24 | $ 50.126.101,76 |
| VIGENCIA AÑO 2026 | $ 53.934.756,00 | | | | |
| **TOTAL CONTRATO** | $ 325.607.634,00 | $ 41.695.126,00 | $ 0,01 | $ 263.241.902,23 | $ 104.060.857,76 |

| | | |
|---|---|---|
| **Nombre del Supervisor SV. Juan Alberto Melo Neisa** | **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 01/07/2025 planilla N° 9488019587 en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de JUNIO; 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:

Powered by CamScanner

**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 | Nº Planilla | Fecha de pago | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS PROFESIONALES | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Entidad | Valor | Entidad | Valor | Entidad | Valor |
| APORTES EN LINEA | 9488019587 | 01/07/2025 | | $1.446.000 | | $5.546.600 | | $182.900 |

| 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 | Nº FOLIOS |
|---|---|---|
| Informe de Actividades con sus soportes | X | 15 |
| Acta de supervisión y/o Factura | X | 1 |
| Pago de Seguridad Social | X | 1 |

Powered by CamScanner