| 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: | 099-2024 | VALOR | $ - |
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual | MC-119-2024-HOMIL | | |
| Objeto | SERVICIO DE CLASIFICACIÓN, RECOLECCIÓN Y APROVECHAMIENTO DE LOS RESIDUOS APROVECHABLES JUNTO CON EL ACOMPAÑAMIENTO Y FOMENTO DE LA CULTURA DE RECICLAJE DEL MATERIAL QUE SE PRODUCEN EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL | | |
| Nombre de Contratista | ARCRECIFRONT | NIT/ CC | 900312827 |
| Clase de Contrato | Prestación de servicios | Modalidad de Contratación | Prestacion de servicios |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cuenta Bancaria No. | N/A | Banco: | N/A | Tipo de Cuenta : | Ahorros | | Corriente | | |
| Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | N/A | 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 | | | | | |
| VIGENCIA AÑO 2025 | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | N/A |

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:

| VIGENCIA | VR. CONTRATO (A) | VR. ADICION (B) | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C ) | VR. EJECUTADO (D ) | SALDO CONTRATO (A+B-C-D) |
|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA AÑO 2025 | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | | | | | |
| TOTAL CONTRATO | | | | | |

| | |
|---|---|
| Nombre del Supervisor Sv. Juan Alberto Melo Nelsa | Fecha de notificación: 12/05/2025 |

| Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|
| | 23/4/2024 | 31/12/2025 |
| Vigencia del Contrato: | 3 MESES | |
| Prorrogas: | En tiempo | |
| | 1- | |
| | 2- | |
| | 3- | |

**NOTA 1:** CERTIFICACION DE PAZ Y SALVO POR CONCEPTO DE OBLIGACIONES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES, para cumplir lo establecido en la Ley 789 del 2002 en el articulo 50 de la Ley 1150 de 2007.
En mi condicion de supervisor del contrato 099-2024, 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:

**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 las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se esta haciendo la supervision.

**INFORMACIÓN GENERAL**

Powered by CamScanner

| Entidad | Nº Planilla | Fecha de pago | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS PROFESIONALES | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Entidad | Valor | Entidad | Valor | Entidad | Valor |
| | | | | | | | | |

| FORMATO | INFORME DE SUPERVISIÓN | CODIGO: | VERSIÓN | 10 |
|---|---|---|---|---|
| | | Página: | 2 DE 2 | |

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SV. JUAN ALBERTO MELO NEISA | |
|---|---|
| NÚMERO DE CEDULA: | 1.013.362.690 |
| 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 | 1 |
| Acta de supervisión y/o Factura | | |
| Pago de Seguridad Social | X | 1 |

Powered by CamScanner