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: 19-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	15/09/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**Junio de 2025**

No. de Contrato:	**175-2025**		**VALOR**	**$ 334.906.374**	
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CD-024-2025-HOMIL				
Objeto	"ARRENDAMIENTO DE LAS ÁREAS FÍSICAS Y ENTREGA DE EQUIPOS INDUSTRIALES, MUEBLES Y ENSERES, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, ALISTAMIENTO, PREPARACIÓN DE ALIMENTOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS, MEDICOS RESIDENTES E INTERNOS, PERSONAL Y USUARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE BOGOTÁ"				
Nombre de Contratista	**SARUPETROL S.A.S.**		**NIT/ CC**	900.322.842-1	
Clase de Contrato	ARRENDAMIENTO DE INMUEBLES		**Modalidad de**	CONTRATACION DIRECTA	

Cuenta Bancaria No.	017-99012-8	**Banco:**	BANCO DAVIVIENDA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	X	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		**Aseguradora (Si aplica):**		**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**					

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL												
VIGENCIA	**Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.**	**FECHA**	**DINAMICA No.**	**FECHA**	**Registro Presupuestal (RP) No.**	**FECHA CRP**	**No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO**	**FECHA FACTURA**	**ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO**	**ALMACEN AL QUE INGRESA**	**VALOR OBLIGACIÓN**
2025	N/A		N/A		N/A		OS19170 Y OS19171	02/09/2025	N/A	N/A	$	55.817.729
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO:											$	55.817.729

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO EN LETRAS: Cincuenta y cinco millones ochocientos diecisiete mil setecientos veintinueve pesos m/cte.

Por concepto de pago de arrendamiento de un espacio físico e IVA incluido, más servicios públicos consumidos.

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VR. EJECUTADO (D)**	**SALDO CONTRATO (A+B-C-D)**
2025	$ 334.906.374	-	-	55.817.729	279.088.645,00
	-	-	-	-	-
	-	-	-		
TOTAL CONTRATO	**$ 334.906.374,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 55.817.729,00**	**$ 279.088.645,00**

Nombre del Supervisor: Ing. TATIANA MERCELA RAMOS PERDOMO	**Fecha de notificación: 28/08/2025** Id: 428797	
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	01/06/2025	30/11/2025
Vigencia del Contrato:	**Hasta el día 30 de noviembre de 2025.**	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1- NO APLICA	
	2- NO APLICA	
	3- NO APLICA	

NOTA 1: Verifico el pago de Parafiscales, EPS, Pensión y Riesgos Profesionales según Planilla N° **9488617853,** de fecha 09/07/2025, correspondiente al mes de junio de 2025 (pensión) y julio de 2025 (salud), anexo al presente. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social.

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): Informe de supervisión para pago, contrato de arrendamiento 175/2025, correspondiente al mes de junio-2025.

NOTA 5: EL PRESENTE INFORME CORRESPONDE AL CONTRATO DE ***"ARRENDAMIENTO DE LAS ÁREAS FÍSICAS Y ENTREGA DE EQUIPOS INDUSTRIALES, MUEBLES Y ENSERES, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, ALISTAMIENTO Y PREPARACIÓN DE ALIMENTOS DIRIGIDOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS, MÉDICOS RESIDENTES E INTERNOS, PERSONAL Y USUARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE BOGOTÁ"***

SE VERIFICA PARA EL PAGO DEL CANON DE ARRENDAMIENTO POR VALOR DE $ 46.866.842, FACTURA OS19170, Y PAGO DE SERVICIOS PUBLICOS POR VALOR DE $ 8.950.887, FACTURA OS19171; RECIBO DE CAJA TE2500000098126 POR UN VALOR DE $ 55.817.729.

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: PD. TATIANA MARCELA RAMOS PERDOMO			
NÚMERO DE CEDULA:	52.539.269		
CELULAR :	3202713373	CORREO:	tramos@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	3
Recibo de pago	X	1
Pago de Seguridad Social	X	3

Elaboró: Julio Alfonso