

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: ACTA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-04
 	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS		FECHA DE EMISIÓN: 30-06-2022
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES		VERSIÓN: 05
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 de 5

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	Contrato	x	Convenio		Orden		No.	SP-SUMD-1207-2024
	Tipo	PRESTACION DE SERVICIOS						
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Contratista	RODRIGUEZ LADINO MICHAEL ADAN							
Identificación (CC – Nit)	1000.810.196 de Bogotá							
Representante Legal								
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	Nombre	SP CESAR AUGUSTO PULGARIN						
	Cargo	SUPERVISOR DE CONTRATO						

Nota: TIPO "Prestación de servicios, obra, interventoría, arrendamiento, comodato, compraventa, suministro".

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	16/12/2024
Iniciación	31/12/2024
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

	PACTADO (meses)	FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	11	31/12/2024	31/10/2025
Prórroga			
PLAZO TOTAL		31/12/2024	30/10/2025
PLAZO TOTAL EJECUTADO		31/12/2024	30/10/2025

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	\$20.000.000
VALOR ADICIÓN	\$0
VALOR REDUCCIONES	\$0
VALOR TOTAL	\$20.000.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
	01	Diciembre	\$ 66.666
	02	Enero	\$1.933.334
	03	Febrero	\$2.000.000
	04	Marzo	\$2.000.000
	05	Abril	\$2.000.000
	06	Mayo	\$2.000.000
	07	Junio	\$2.000.000
	08	Julio	\$2.000.000
	09	Agosto	\$2.000.000
	10	Septiembre	\$2.000.000
	11	Octubre	\$2.000.000
VALOR PAGOS EFECTUADOS			\$20.000.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA			\$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO			\$0

La(el) supervisora(or) / interventora(or) certifica:

- Que los aportes a parafiscales se hicieron dando cumplimiento a la ejecución del contrato.
- Que los pagos autorizados, se hicieron dando cumplimiento a la forma de pago pactada.

6. VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL OBJETO, ALCANCE Y OBLIGACIONES

La Supervisión deja constancia de haber verificado el cumplimiento de la totalidad de las obligaciones a cargo del contratista en los siguientes términos:

OBJETO	VERIFICACIÓN
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Se verifica el cumplimiento de las actividades
ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
N/A	N/A
OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
N/A	N/A

7. VERIFICACIÓN OBLIGACIONES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y RECURSOS PARAFISCALES (Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, el artículo 50, sobre control a la evasión de los recursos parafiscales).

El contratista acreditó durante la ejecución del contrato, los recibos de pagos de aportes parafiscales relativos al

DATOS REQUERIDOS

Sistema de Seguridad Social Integral, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.

FECHA	VALOR TOTAL	SALUD	PENSION
2025/01/17	\$402.200	\$162.500	\$208.000
2025/02/19	\$440.500	\$178.000	\$227.800
2025/03/19	\$440.500	\$178.000	\$227.800
2025/04/22	\$440.500	\$178.000	\$227.800
2025/05/19	\$440.500	\$178.000	\$227.800
2025/06/17	\$440.500	\$178.000	\$227.800
2025/07/21	\$440.500	\$178.000	\$227.800
2025/08/21	\$440.500	\$178.000	\$227.800
2025/09/23	\$440.500	\$178.000	\$227.800
2025/10/16	\$440.500	\$178.000	\$227.800

Nota: Se deberá adjuntar el pago de Parafiscales y Seguridad social del último mes en que se firma la presente acta.

8. POLIZAS

Para la fecha de la firma del acta final deberán estar vigentes las pólizas

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
N/A	N/A		

Nota 1: Este ITEM no aplica para los Contratos de Prestación de Servicios con persona natural, si no se requiere.

Nota 2: La vigencia de las pólizas deberá ser posterior a seis (06) meses una vez se firme la presente acta.

9. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR

El supervisor en desarrollo de la ejecución del contrato deberá diligenciar las siguientes casillas, para medir el cumplimiento del proveedor

Concepto	1	2	3	4	5
Solución a inconvenientes					X
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)					X
Oportunidad en la gestión					X
Calidad del bien o servicio					X
Cumplimiento					X

Nota: Califique al contratista de conformidad con la siguiente tabla, siendo el 5 el puntaje más alto y el 1 el puntaje más bajo.

9. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

Para constancia se firma en Bogotá, a los (31) días del mes de (10) de (2025)

FORMATO	ACTA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO	GA-GECO-MN-01-FT-04	VERSION	05
		Página:	4 de 3		

DATOS REQUERIDOS			
EI SUPERVISOR		EI CONTRATISTA	
Nombre	SP CESAR AUGUSTO PULGARIN	Nombre Representante Legal	MICHAEL ADAN RODRIGUEZ LADINO
Cargo	Supervisor Contrato	Identificación	1000.810.196

 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						PAGINA 1 DE 1					
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI													
Fecha:	16/10/2025		INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	OCTUBRE			
No. de Contrato:	SP-SUMD-1207-2024				VALOR		\$ 20.000.000						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-SECO-0540-2024												
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL												
Nombre de Contratista	Michael Adan Rodríguez Ladino				NIT/ CC		1.000.810.196						
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación		DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	0550007100944995		Banco:	DAVIVIENDA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	x	Corriente				
Garantía Cumplimiento (Si aplica):			Aseguradora (Si aplica):			Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):							
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	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN		
VIGENCIA AÑO 2025	97125	31/12/2025	971		91625	31/12/2025		OCTUBRE			\$ 2.000.000		
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO \$ 2.000.000													
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES DE PESOS M/CTE													
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)				
2024	66.668,00		0		0		66.668,00						
2025	19.933.332,00						19.933.332,00						
TOTAL CONTRATO	\$ 20.000.000,00		\$ -		\$ -		\$ 20.000.000		\$ -				
Nombre del Supervisor: CT CARLOS FELIPE MORALES TAMAYO						Fecha de notificación: 06/02/2025							
Plazo de ejecución						FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION					
						31/12/2024		31/10/2025					
Vigencia del Contrato:						IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y DIEZ (10) MESES MÁS							
Prorrogas:						En tiempo							
						1-							
						2-							
						3-							
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/10/16 y riesgos profesionales 2025/10/16 Planilla N° 7988199243- correspondiente al mes de OCTUBRE en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (OCTUBRE); 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 reacionado a continuacion:													
REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	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 \$ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.													
Entidad				N° Planilla		Fecha de pago		INFORMACIÓN GENERAL		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
								Entidad		Valor		Entidad	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: ST CESAR AUGUSTO PULGARIN								FIRMA					
NÚMERO DE CEDULA:71556790				CELULAR :3114608155				CORREO: CPULGARIN@HOMIL.GOV.CO					
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:													
DOCUMENTOS								SI		N° FOLIOS			
Informe de Actividades con sus soportes								X		1			
Acta de supervisión y/o Factura								X		1			
Pago de Seguridad Social								X		1			