
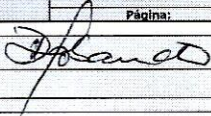


<b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05							
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024							
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10							
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					PAGINA 1 DE 2							
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI														
Fecha:	4/11/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	OCTUBRE							
No. de Contrato:	SP-SUAD-0389-2025	VALOR		\$ 48.553.066										
N° de Proceso en el SECOPI 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											
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	167525	9/05/2025			199025	12/05/2025	OCTUBRE		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				\$ 36.209.066	\$ 12.344.000						
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	\$ -	\$ -				\$ 36.209.066,00	\$ 12.344.000,00						
Nombre del Supervisor MIGUEL ANGEL OBANDO					Fecha de notificación: 27 DE AGOSTO 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-														
<p>NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/10/02 Planilla N° 89805069 – correspondiente al mes de SEPTIEMBRE. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de SEPTIEMBRE 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.</p> <p>NOTA 2: Recurdo en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.</p> <p>NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detallada el cuadro relacionado a continuación:</p>														
REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACÉN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (instalado/existencia/situación)	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	ÁREA 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							
COMPENSAR	89805069	2025/10/02	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor						
			SANITAS	\$ 521.100	COLPENSIONES	\$ 667.100	POSITIVA	\$ 101.600						

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO		CODIGO:	VERSIÓN	10
			Página:	2 DE 2	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: MIGUEL ANGEL OBANDO			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	