HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISION Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	02/12/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Noviembre de 2025
No. de Contrato:	222-2025			VALOR	$		45.927.000,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-148-2025-HOMIL						
Objeto	CONTRATAR UN EXPERTO O FIRMA ESPECIALIZADA EN CONSERVACIÓN DEL PATRIMONIO CULTURAL INMUEBLE PARA LLEVAR A CABO UN ESTUDIO DE VALORACIÓN Y MEMORIA DESCRIPTIVA PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, INMUEBLE DECLARADO BIEN DE INTERÉS CULTURAL.						
Nombre de Contratista	CONSTRUCTORA AICOSS S.A.S.			NIT/ CC	901.562.837-7		
Clase de Contrato	CONSULTORÍA			Modalidad de Contratación	Mínima cuantia		
Cuenta Bancaria No.	395-000039-72	Banco:	Bancolombia	Tipo de Cuenta:	Ahorros	x	Corriente

Garantía Cumplimiento (Si aplica): 30-44-101066192	Asegurador a (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 26/09/2025

	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	199025	09/07/2025	3286	25/09/2025	326125	25/09/2025					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO:											
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)
2025	$ 45.927.000,00			$ -	$ 45.927.000,00
TOTAL CONTRATO	$ 45.927.000,00	$ -	$ -	$ -	$ 45.927.000,00

Nombre del Supervisor: Ing. TATIANA MARCELA RAMOS PERDOMO	Fecha de notificación:	
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	29/09/2025	31/12/2025
Vigencia del Contrato:	Plazo de ejecución y seis meses más.	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico el pago de Parafiscales, EPS, Pensión y Riesgos Profesionales del **2025/11/06** Planilla N° **9493698190** – correspondiente al mes octubre-noviembre de 2025. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del periodo octubre-noviembre de 2025; 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 SATISFACCIÓN.

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): Durante el periodo no se presentó ejecución presupuestal debido a que el valor del contrato quedó estipulado a un único pago.

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	
			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	FIRMA:	
NUMERO DE CEDULA:	52.539.269	
CELULAR :	3202713373	CORREO: tramos@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de actividades con sus soportes	X	
Acta de supervisión y/o factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	2
Certificación Bancaria	X	1

Elaboró: Julio Alfonso