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:	06/01/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**Noviembre de 2025**

No. de Contrato:	**142-2025**				**VALOR**			**$ 257.126.400**	
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CD-122-2025-HOMIL								
Objeto	ARRENDAMIENTO DE LAS ÁREAS FÍSICAS PARA LA ADECUACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE CAFETERÍA, CON UNA PROPUESTA GASTRONÓMICA ENFOCADA EN PRODUCTOS DE CAFETERÍA Y PANADERÍA ARTESANAL LOCALIZADA EN EL EXTREMO NORTE DE LA PLAZOLETA PRINCIPAL, SOBRE EL ÁREA DE PARQUEADEROS PÚBLICOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.								
Nombre de Contratista	**BBI COLOMBIA S.A.S.**				**NIT/ CC**		900.860.284-9		
Clase de Contrato	ARRENDAMIENTO DE INMUEBLES				**Modalidad de**		CONTRATACION DIRECTA		
Cuenta Bancaria No. HMC		**Banco:**			**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	18-44-101109393	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**		02/10/2025			

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	N/A		N/A		N/A		OS23062 Y OS23069	04/11/2025	N/A	N/A	$ 10.713.600
							OS23070 Y OS23072	04/11/2025	N/A	N/A	$ 10.713.600
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO:											**$ 10.713.600**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO EN LETRAS: Diez millones setecientos trece mil seiscientos pesos m/cte.

Por concepto de pago de arrendamiento de un espacio fisico 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	$ 257.126.400	-	-	21.427.200	235.699.200
	-	-	-	-	-
	-	-	-		
TOTAL CONTRATO	**$ 257.126.400,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 21.427.200,00**	**$ 235.699.200,00**

Nombre del Supervisor: Ing. TATIANA MERCELA RAMOS PERDOMO		**Fecha de notificación:** 19/10/2025 - Id: 440334	
Plazo de ejecución		**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
		02/10/2025	30/09/2027
Vigencia del Contrato:	**Dos (2) años**		
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 certificación de revisoría fiscal de fecha 28/11/2025, correspondiente al mes de octubre de 2025 (pensión) y noviembre 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: Informe de supervisión correspondiente al mes de nov-2025.

NOTA 5: El presente informe corresponde al contrato de ***"ARRENDAMIENTO DE LAS ÁREAS FÍSICAS PARA LA ADECUACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE CAFETERÍA, CON UNA PROPUESTA GASTRONÓMICA ENFOCADA EN PRODUCTOS DE CAFETERÍA Y PANADERÍA ARTESANAL LOCALIZADA EN EL EXTREMO NORTE DE LA PLAZOLETA PRINCIPAL, SOBRE EL ÁREA DE PARQUEADEROS PÚBLICOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL."***

SE VERIFICA EL PAGO DEL CANON DE ARRENDAMIENTO POR VALOR DE $ 8.853.600, CON FACTURA OS23070 Y RECIBO DE CAJA TE2500000099538 POR UN VALOR DE $ 8.853.600; PAGO DE SERVICIOS PUBLICOS POR VALOR DE $1.860.000, CON FACTURA OS23072 Y RECIBO DE CAJA TE2500000099656 POR UN VALOR DE $ 1.860.000.

Entidad	**Nº 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
Acta de supervisión y/o factura	X	3
Recibo de pago	X	2
Pago de Seguridad Social	X	2

Elaboró: Julio Alfonso