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	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	31/1/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**	**X**	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**ENERO**

No. de Contrato:	306-2022	**VALOR**	**$ 367.302.760,00**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-081-2022-HOMIL		
Objeto	LA PRESTACION DEL SERVICIO DE OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA Y PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA RESIDUAL DOMESTICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, INCLUIDOS LOS CONSUMIBLES QUE SE REQUIERAN.		
Nombre de Contratista	ACUATECNICA FERNANDO FACCINI Y CIA S.A.S	**NIT/ CC**	**860.008.495-9**
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	**Modalidad de Contratación**	SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTIA.

Cuenta Bancaria No.	**24104252058**	**Banco:**	**BANCOLOMBIA S.A**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	21-44-101399635	**N/A**	**Asegurador a (Si aplica):**	**SEGUROS DEL ESTADO S.A**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** **24/11/2022**

VIGENCIA	**INFORMACIÓN PRESUPUESTAL**						**No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO**	**FECHA FACTURA**	**ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO**	**ALMACEN AL QUE INGRESA**	**VALOR OBLIGACIÓN**
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	**FECHA**	**DINAMICA No.**	**FECHA**	**Registro Presupuestal (RP) No.**	**FECHA CRP**					
2026	2826	6/1/2026	28	6/1/2026	2826	6/1/2026					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 0,00**

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)**
VIGENCIA AÑO 2022	**$ 10.140.654,00**			**$ 10.140.654,00**	**$ -**
VIGENCIA AÑO 2023	**$ 84.613.615,00**	**$ 41.695.126,00**	**$ 0,01**	**$ 126.308.740,99**	**$ -**
VIGENCIA AÑO 2024	**$ 87.152.024,00**			**$ 87.152.024,00**	**$ -**
VIGENCIA AÑO 2025	**$ 89.766.585,00**			**$ 89.081.779,88**	**$ 684.805,12**
VIGENCIA AÑO 2026	**$ 53.934.756,00**			**$ -**	**$ 53.934.756,00**
TOTAL CONTRATO	**$ 325.607.634,00**	**$ 41.695.126,00**	**$ 0,01**	**$ 312.683.198,87**	**$ 54.619.561,12**

Nombre del Supervisor SV. Juan Alberto Melo Neisa		**Fecha de notificación: 12/05/2025**
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	28/11/2022	**31/7/2026**
Vigencia del Contrato:	**Hasta el 31/07/2026**	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS - Pensión 11-2025 y riesgos profesionales 02/12/2025 planilla N° 9495835549 en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de NOVIEMBRE; 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.

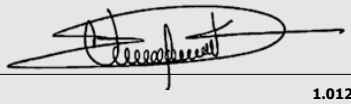
NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

OBSERVACIONES:								
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: SV. JUAN ALBERTO MELO NEISA



NÚMERO DE CEDULA:	**1.012.362.890**
CELULAR : 3104242991	**CORREO: jamelo@homil.gov.co**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	**SI**	**N° FOLIOS**
Informe de Actividades con sus soportes	**-**	**0**
Acta de supervisión y/o Factura	**X**	**1**
Pago de Seguridad Social	**X**	**1**