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:	31/12/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	DICIEMBRE

No. de Contrato:	193-2025	**VALOR**	**$ 250.000.000,00**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-023-2025-HOMIL		
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL MANEJO SILVICULTURAL DE LOS ARBOLES UBICADOS EN LOS PREDIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE ACUERDO A LOS TRATAMIENTOS FORESTALES DE LOS INDIVIDUOS ARBOREOS, ARBUSTIVOS SEGÚN DIRECTRICES DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE AMBIENTE		
Nombre de Contratista	CONTRATAMOS LMA S.A.S	**NIT/ CC**	901253407
Clase de Contrato	Prestación de servicios	**Modalidad de Contratación**	Selección abreviada menor cuantía

Cuenta Bancaria No.	15300021066	**Banco:**	BANCOLOMBIA	**Tipo de Cuenta :**	**Ahorros**	X	**Corriente**		
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CO1.WRT.17821499	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS MUNDIAL	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	4/9/2025				

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					
VIGENCIA AÑO 2025	154325	26/3/2025	3093	1/9/2025	307425	1/9/2025	**FE 113**	**15-12-2025**	--	--	**$ 200.569.998,95**
							FE 117	**29-12-2025**	--	--	**$ 49.429.999,48**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 249.999.998,43**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS M/CTE.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2025	**$ 250.000.000,00**			**$ 249.999.998,43**	**$ 1,57**
TOTAL CONTRATO	**$ 250.000.000,00**			**$ 249.999.998,43**	**$ 1,57**

Nombre del Supervisor SV. Juan Alberto Melo Neisa		**Fecha de notificación: 05/09/2025**
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	05/09/2025	**31/12/2025**
Vigencia del Contrato:	3 MESES Y 26 DIAS	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS - Pensión 11/2025, Salud 12-2025 y riesgos profesionales 03/12/2025 planilla N° 35583440 en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de 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 las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se esta haciendo la supervision.

INFORMACIÓN GENERAL								
Entidad	**N° Planilla**	**Fecha de pago**	**SALUD**		**PENSIÓN**		**RIESGOS PROFESIONALES**	
			Entidad	**Valor**	**Entidad**	**Valor**	**Entidad**	**Valor**
ASOPAGOS	35583440	03-12-2025						

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN	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	2
Pago de Seguridad Social	X	4