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: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	31/3/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	Marzo

No. de Contrato:	013-2025	**VALOR**	110.006.640,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CD-010-2025-HOMIL		
Objeto	RENOVACIÓN DE LA SUSCRIPCIÓN DE SERVICIOS 100% EN LA NUBE DE LA PLATAFORMA TIPO SAAS "FRACTTAL ONE" PARA LA GESTIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACTIVOS Y MESA DE SERVICIO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	FRACTTAL COLOMBIA SAS	**NIT/ CC**	900.856.723-5
Clase de Contrato	COMPRAVENTA	**Modalidad de Contratación**	CONTRATACIÓN DIRECTA

Cuenta Bancaria No.	25500001713	**Banco:**	BANCOLOMBIA SA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	X	**Corriente**	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : CO1.WRT.16635350	**Aseguradora (Si aplica): Suramericana**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 10/03/2025**

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					
2025	118425	3/3/2025			151625	03/03/2025	FC 7889	26/03/2025	N/A	N/A	110.006.640,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											110.006.640,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Ciento diez millones seis mil seiscientos cuarenta pesos

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2025	110.006.640,00	$-	$-	110.006.640,00	0
TOTAL CONTRATO	110.006.640,00	$-	$-	110.006.640,00	0

Nombre del Supervisor : JAIME SÁNCHEZ ORTIZ	**Fecha de notificación: 26/03/2025**

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Plazo de ejecución	11/3/2025	12/3/2025
Vigencia del Contrato:	La vigencia será igual al plazo de ejecución y cuatro (04) meses más.	
Prorrogas:		

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/03/11 y riesgos profesionales 2025/03/11 Planilla N° 7963749931 – correspondiente al mes de Febrero del 2025 en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (Febrero); 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	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):

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	
			Entida	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSION	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Jaime Sánchez Ortiz

FIRMA:

NÚMERO DE CÉDULA: 79.330.282

CELULAR: 301 337 6111

CORREO: jsanchezo@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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