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:	10/06/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	MAYO-2026

No. de Contrato:	366/2022	VALOR	$ 622.243.343
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-131-2022		
Objeto	MANTENIMIENTO DE JARDINES, ZONAS VERDES Y SUMINISTRO DE PLANTAS ORNAMENTALES JUNTO CON SU RESTAURACIÓN EN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	SERVICIOS Y CONSTRUCCIONES GABRIEL CASTRO SAS	NIT/ CC	900.718.863-7
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTIA

Cuenta Bancaria No.	24044109282	Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente	
Garantía Cumplimiento y Responsabilidad Civil :	33-44-101234095 33-40-101072679	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	23/12/2022			

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACEN 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 2026	11626	06/01/2026	116	6/01/2026	11626	6/01/2026	SCF214	5/06/2026	N/A	N/A	$ 13.886.663,18
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 13.886.663,18
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	TRECE MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS CON DIECIOCHO 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 2022	$ 6.596.633,00			$ 6.596.633,00	
VIGENCIA AÑO 2023	$ 165.126.930,00		$ 8.985,64	$ 165.126.930,00	
VIGENCIA AÑO 2024	$ 170.080.740,00			$ 170.080.740,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO 2025	$ 175.183.160,00			$ 175.183.160,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO 2026	$ 105.255.880,00			$ 75.356.668,83	$ 29.899.211,17
TOTAL CONTRATO	$ 622.243.343,00	$ 0,00	$ 8.985,64	$ 592.344.131,83	$ 29.899.211,17

Nombre del Supervisor	PD. OMAR SANCHEZ BELTRAN	Fecha de notificación:	26/12/2022

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	26/12/2022	31/07/2026
Vigencia del Contrato:	Igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más.	
Prorrogas:	En tiempo 1- 2- 3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión _____ y riesgos profesionales _____Planilla _____ – correspondiente al mes de _____en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (_____); 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:**
SE ANEXA CERTIFICACION DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES DE PERSONA JURIDICA DE FECHA 05 DE JUNIO DE 2026, FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL.

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):

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	PD. OMAR SANCHEZ BELTRAN		
NÚMERO DE CEDULA:	79.457.913		
CELULAR:	3164941907	CORREO:	osanchez@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	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1