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:	31/8/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	AGOSTO

No. de Contrato:	306-2022	**VALOR**	**$ 404.747.637,91**
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**	**Aseguradora (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	FVE 435	5/8/2026	---	---	**$ 7.704.965,59**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 7.704.965,59**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SIETE MILLONES SETECIENTOS CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS CON CINCUENTA Y NUEVE 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	**$ 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**			**$ 89.766.585,00**	**$ -**
VIGENCIA AÑO 2026	**$ 53.934.756,00**	**$ 37.444.877,91**		**$ 56.367.954,01**	**$ 35.011.679,90**
TOTAL CONTRATO	**$ 325.607.634,00**	**$ 79.140.003,91**	**$ 0,01**	**$ 369.735.958,00**	**$ 35.011.679,90**

Nombre del Supervisor SV. Juan Alberto Melo Neisa		**Fecha de notificación: 12/08/2026**
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	28/11/2022	**30/11/2026**
Vigencia del Contrato:	**Hasta el 31/07/2026**	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1- Prorroga 1 - Hasta el 30 de noviembre de 2026	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS - Pensión 07-2026 y riesgos profesionales 05/08/2026 planilla N° 9509176385 en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de JULIO; 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: OMITIDO

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
APORTE EN LINEA	9509176385	05/08/2026						

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SV. LUIS DAVID MORENO RAMOS 	
NÚMERO DE CEDULA:	**1.069.723.486**
CELULAR : 3204433714	**CORREO: ldmoreno@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	--	0
Pago de Seguridad Social	--	0