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:	JULIO-2024	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	JULIO-2024
No. de Contrato:	**032/2024**			**VALOR**	**$ 12.000.000**		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-033-2024-HOMIL						
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PARA LAS MAQUINAS DE COSER PLANAS Y MAQUINAS BORDADORAS DEL SERVICIO DE LAVANDERIA CON SUMINISTRO DE REPUESTOS NUEVOS ORIGINALES NO REMANUFACTURADOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LA OPTIMA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE LA ENTIDAD						
Nombre de Contratista	**AUTOMATIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS S.A.S**			**NIT/ CC**	900.749.299-5		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIO			**Modalidad de Contratación**	SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA		

Cuenta Bancaria No.	9120021146	**Banco:**	BANCO FINANDINA S.A. BIC	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	X	**Corriente**		
Garantía Cumplimiento y Responsabilidad Civil :	11-44-101221175	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	15/03/2024				

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 2024	140724	02/02/2024	2884	10/07/2024	285524	10/07/2024					
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 2024	**$ 12.000.000,00**				**$ 12.000.000,00**
TOTAL CONTRATO	**$ 12.000.000,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 12.000.000,00**

Nombre del Supervisor	SP. ROBERT LUIS OSPINO DE LA CRUZ	**Fecha de notificación:**	18/03/2024

	FECHA DE INICIO	**FECHA DE TERMINACION**
Plazo de ejecución	**18/03/2024**	**15/12/2024**
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 N° _____ 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 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 detallada el cuadro relacionado 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: En el mes de **Julio de 2024** no se generó facturación.

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:	**SP. ROBERT LUIS OSPINO DE LA CRUZ**
NÚMERO DE CEDULA:	8.645.415

CELULAR :	3132472253	**CORREO:**	rospino@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		