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:	31/08/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	**X**	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**JULIO**

No. de Contrato:	165-2024	**VALOR**	$ 229.729.500
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	LICITACION PUBLICA 001-2024		
Objeto	ADQUISICION, PREINSTALACION E INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA EL SERVICIO DE SALAS DE CIRUGIA, UCI PEDIATRICA, HOSPITALIZADOS, CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS PERTENECIENTE AL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LE VIGENCIA 2024 (MONITORES DE SIGNOS VITALES CON IBP)		
Nombre de Contratista	HOSPITECNICA SAS	**NIT/ CC**	830131869
Clase de Contrato	COMPRAVENTA	**Modalidad de Contratación**	Contratación directa.

Cuenta Bancaria No.	3237663682	**Banco:**	BANCOLOMBIA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		**Aseguradora (Si aplica):**		**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**				

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					
2024	151524	20/02/2024	2536	31/05/2024	252124	31/05/2024					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ -**

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)
2024	229.729.500,00	0.00	-	-	229.729.500,00
					-
TOTAL CONTRATO	**$ 229.729.500,00**	**0.00**	**$ -**	**$ -**	**$ 229.729.500,00**

Nombre del Supervisor WILLIAM WILCHES RODRIGUEZ	**Fecha de notificación:20/06/2024**

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	4/06/2024	**30/09/2024**
Vigencia del Contrato: 120 DIAS	vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) 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 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 EL SUPERVISOR SE PERMITE INFORMAR QUE LOS EQUIPOS OBJETO DEL CONTRATO MONITORES DE SIGNOS VITALES COB IBP SE ENCUENTRAN EN PREINSTALACION, INSTALACION Y CAPACITACION ASISTENCIAL Y TECNICA POR PARTE DE LA FIRMA CONTRATISTA HOSPITECNICA SAS , ESTE INFORME CORRESPONDE AL MES DE AGOSTO DE 2024.

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 6.808.000 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: WILLIAM WILCHES RODRIGUEZ	
NÚMERO DE CEDULA:	79430181
CELULAR : 3103258114	CORREO: WWILCHES @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		