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

Fecha:	29/08/2024	**INFORME DE SUPERVISIÓN**	X	**TRAMITE PARA PAGO**	N/A	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	AGOSTO 2024

No. de Contrato:	012-2024	**VALOR**	$ 10.128.901
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-008-2024-HOMIL		
Objeto	CONTROL DE CALIDAD, PRUEBA DE PRECISION Y CALIBRACION DE LOS ACTIVÍMETROS		
Nombre de Contratista	COMERCIALIZADORA DE MATERIAL CIENTIFICO E INDUSTRIAL SAS	**NIT/ CC**	830.014.072-2
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	**Modalidad de Contratación**	SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTIA

Cuenta Bancaria No.	03040755-3	**Banco:**	BANCO DE BOGOTA	**Tipo de Cuenta:**	Ahorros		Corriente	X

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 21-44-101437079	**Aseguradora (Si aplica): SEGUROS DEL ESTADO S.A.**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** 07/03/2024

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					
2024	142124	22/02/2024	1550	22/02/2024	154024	22/02/2024					
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	$ 10.128.901,00			5064448	$ 5.064.453,00
TOTAL CONTRATO	$ 10.128.901,00	$ -	$ -	$ 5.064.448,00	$ 5.064.453,00

Nombre del Supervisor Nubia Rojas Rodríguez	**Fecha de notificación: 08/03/2024**

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	8/03/2024	31/12/2024
Vigencia del Contrato:	Vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (junio) 2024; 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 documento 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 (Si aplica observaciones en el mes a presentar): PARA LOS MOVIMIENTOS DEL MES DE AGOSTO NO SE RECIBEN FACTURAS, POR LO TANTO NO SE GENERAN OBLIGACIONES CORRESPONDIENTES A ESTE MES

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: Nubia Rojas Rodríguez	**FIRMA**	
NÚMERO DE CEDULA:	**51.331.859**	
CELULAR : EXT 5390	**CORREO: nrojas@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		