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:	02/09/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	AGOSTO

No. de Contrato:	123-2024	**VALOR**	**45.000.000**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-126-2024-HOMIL		
Objeto	SUMINISTRO DE IMPLANTES DE OSEÓINTEGRACIÓN CON SUS RESPECTIVOS TORNILLOS DE CICATRIZACION Y ADITAMENTOS PROTESICOS Y MATERIAL DE REGENERACIONOSEA PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	MANOHAY COLOMBIA SAS	**NIT/ CC**	**900.819.170-5**
Clase de Contrato	SUMINISTRO	**Modalidad de Contratación**	**MINIMA CUANTIA**

Cuenta Bancaria No.	17272661171	**Banco:**	**BANCOLOMBIA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**100321904**	**Aseguradora (Si aplica):**	**SEGUROS MUNDIAL**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**09/05/2024**

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	154724	09/05/2024			228024	09/05/2024	COBO169784	12/06/2024	ZE000000011974	FTS	760.328
							COBO171533	24/07/2024	ZE000000012081	FTS	1.140.492
							COBO173000	02/08/2024	ZE000000012420	FTS	2.553.505
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**4.454.325**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL TRECIENTOS VENTI CINCO

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO (Ej:2023)	45.000.000			4.454.325	40.545.675
TOTAL CONTRATO	**$ 45.000.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 4.454.325,00**	**$ 40.545.675,00**

Nombre del Supervisor CARLOS GREGORIO TORRES RESTREPO	**Fecha de notificación: 14/05/2024**

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	14/05/2024	15/12/2024
Vigencia del Contrato:	16/06/2025	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/06/24 correspondiente al mes de JUNIO
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 ; 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 (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: CARLOS GREGORIO TORRES RESTREPO	
NÚMERO DE CEDULA:	1020771175
CELULAR : 3204080181	CORREO: catorres@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		