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:	30/08/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MESDE INFORME**	AGOSTO
No. de Contrato:	140-2024			**VALOR**	**40.000.000**		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	142-2024						
Objeto	SUMINISTRO DE REPUESTOS PARA CAMAS HOSPITALARIAS Y CAMILLAS DE TRANSPORTE MARCA PINOS DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	**INDUSTRIA METALICA LOS PINOS**			**NIT/ CC**	800,244,270-1		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			**Modalidad de Contratación**	**MINIMA CUANTIA**		
Cuenta Bancaria No.	**00824427007**	**Banco:**	**BANCOLOMBIA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente** **X**
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	3225734-9	**Aseguradora (Si aplica):**	**SEGUROS GENERALES SURAMERICANA**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	23/05/2024		

VIGENCIA	**INFORMACIÓN PRESUPUESTAL**						**No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO**	**FECHA FACTURA**	**ENTRADA ALMACÉNY/O SOPORTE INGRESO**	**ALMACENAL QUE INGRESA**	**VALOR OBLIGACIÓN**
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	**FECHA**	**DINAMICA No.**	**FECHA**	**Registro Presupuestal (RP) No.**	**FECHA CRP**					
VIGENCIA AÑO 2024	165724	14/03/2024	2363	22/05/2024	234724	22/05/2024					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**23.620.576,00**

DOS MILLONES CIENTO VEINTIUN MIL QUINIENTOS TREINTA Y DOS PESOS CON CERO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VR. EJECUTADO(D)**	**SALDO CONTRATO (A+B-C-D)**
VIGENCIA AÑO 2024	**40.000.000**	0	0	**$ 23.620.576,00**	$ 16.379.424,00
					$ -
					$ -
TOTAL CONTRATO	**$ 40.000.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 23.620.576,00**	**$ 16.379.424,00**

Nombre del Supervisor N E L S O N E N R I Q U E V A R G A S S A B O G A L		**Fecha de notificación: 13/08/2024**
	FECHA DE INICIO	**FECHA DE TERMINACION**
Plazo de ejecución 180 Días		
	23/05/2024	**30/11/2024**
Vigencia del Contrato: VIGENCIA AÑO 2024		
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 (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 relacionado a continuación:

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**

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 A LA FECHA SE ESTA A LA ESPERA DE LA ENTREGA POR PARTE DE LA FIRMA LOS PINOS DEL SEGUNDO PEDIDO DE LOS REPUESTOS REQUERIDOS PARA LOS EQUIPOS DE LAS DIFERENTES AREAS DE LA INSTITUCION, ASI MISMO SE PERMITE INFORMAR QUE A ESTE CONTRATO SE REALIZO SOLICITUD DE ADICION POR UN VALOR DEL 50% DEL CONTRATO, SE ESTA A LA ESPERA DE LA APROBACION

ESTE INFORME PERTENECE AL MES DE AGOSTO 2024.

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.

INFORMACION GENERAL								
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: NELSON ENRIQUE VARGAS SABOGAL	
NÚMERO DE CEDULA:	80119540
CELULAR : 3142755218	CORREO: NEVARGAS@HOMIL.GOV.CO

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS