| 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: CONTRATACIÓN<br>PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES | VERSIÓN: 10 |
| | SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI | PAGINA 1 DE 2 |

| Fecha: | 19/09/2024 | INFORME DE SUPERVISOR | | TRAMITE PARA PAGO | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE | SEPTIEMBRE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. de Contrato: | 193-2024 | | | VALOR | 29.413.360 | | |
| N° de Proceso en el SECOP II | MC-141-2024-HOMIL | | | | | | |
| Objeto | "SUMINISTRO DE ELEMENTOS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO CON LOS RIESGOS LABORALES PARA LA SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES, ESTUDIANTES Y PERSONAL EN COMISIÓN DEL HOSPITAL MILITAR C | | | | | | |
| Nombre de Contratista | EQUIPOS CASABLANCA S A S | | | NIT/ CC | 900.469.101-4 | | |
| Clase de Contrato | SUMINISTRO | | | Modalidad de Contratación | MÍNIMA CUANTÍA | | |
| Cuenta Bancaria No. | 455000107496 | Banco: | DAVIVIENDA | Tipo de | Ahorros | X | Corriente |
| Garantia Cumplimiento (Si aplica) : | BCH-100035535 | Aseguradora (Si aplica): | CIA. MUNDIAL DE SEGUROS SA. | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 25/06/2024 | | |

| | INFORMACIÓN PRESUPUESTAL | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA | Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No. | FECHA | DINAMICA No. | FECHA | Registro Presupuestal (RP) No. | FECHA CRP | No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO | FECHA FACTURA | ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO | ALMACEN AL QUE INGRESA | VALOR OBLIGACIÓN |
| VIGENCIA AÑO (2024) | 185524 | 19/04/2024 | | | 267824 | 20/06/2024 | CB 669 | 16/09/2024 | | | $ 2.367.296,00 |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | $ 2.367.296,00 |

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE

| VIGENCIA | VR. CONTRATO (A) | VR. ADICION (B) | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C ) | VR. EJECUTADO (D ) | SALDO CONTRATO (A+B-C-D) |
|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA AÑO (20 | $ 29.413.360,00 | | | $ 10.374.949,99 | $ 19.038.410,01 |
| TOTAL | $ 29.413.360,00 | $ - | $ - | $ 10.374.949,99 | $ 19.038.410,01 |

| Nombre del Supervisor: Diana Marcela Rodriguez Gonzalez | | Fecha de notificación: 26/06/2024 |
|---|---|---|
| Plazo de ejecución: 6 meses | FECHA DE INICIO 27/06/2024 | FECHA DE TERMINACIÓN 31/12/2024 |
| Vigencia del Contrato: | | |
| Prorrogas: | En tiempo<br>1-<br>2-<br>3- | |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales **EPS y Pensión 04/09/2024 y Riesgos Profesionales 04/09/2024 Planilla N° 9472719381** – correspondiente al **mes de agosto y septiembre** en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de **(agosto y septiembre)**; 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/ | 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 EQUIP | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

**OBSERVACIONES:**
(10) Escafandra x 10 unds.
(75) Guantes de algodón .
(10) Rodillera .

**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 | |
| | | | Entid | Valor | Entidad | Valor | Entidad | Valor |
| | | | | | | | | |

| FORMATO | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CODIGO: | VERSI | 10 |
|---|---|---|---|---|
| | | Página: | | 2 DE 2 |

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: DIANA MARCELA RODRIGUEZ GONZALEZ | |
|---|---|
| NÚMERO DE CEDULA: | 52717479 |
| CELULAR : 3158765316 | CORREO: drodriguez@homil.gov.co |

**DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:**

| DOCUMENTOS | SI | N° FOLIOS |
|---|---|---|
| Informe de Actividades con sus soportes | X | 1 |
| Acta de supervisión y/o Factura | X | 1 |
| Pago de Seguridad Social | X | 2 |

EQUIPOS CASABLANCA S.A.S.
NIT 900.469.101-4
CRA 3 N 21-46 INT 1
Tel: 3004431519
Chía - Colombia
equiposcasablanca@gmail.com
www.equiposcasablanca.com

**Factura Electrónica de venta**
**No. CB 669**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL HOSPITAL MILITAR CENTRAL | | |
| **NIT** | 830.040.256-0 | **Teléfono** | (000) 3486868 - Ext. 000 |
| **Dirección** | TRANS 3 N 49-02 | **Ciudad** | Bogotá - Colombia |

| Fecha y hora Factura | |
|---|---|
| **Generación** | 16/09/2024, 16:22 |
| **Expedición** | 16/09/2024, 16:22 |
| **Vencimiento** | 16/10/2024 |

| Ítem | Nombre producto | Descripción | Unidad de medida | Marca | Modelo | Cantidad | Vr. Unitario | Impto. Cargo | Valor Impto.Cargo | Vr. Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Escafandra x 10 unds | Escafandra x 10 unds | | | | 10.00 | 81,529.00 | 19 % | 154,905.10 | 970,195.10 |
| 2 | Guantes de algodón | Guantes de algodón | | | | 75.00 | 7,639.00 | 19 % | 108,855.75 | 681,780.75 |
| 3 | Rodillera | Rodillera | | | | 10.00 | 60,111.00 | 19 % | 114,210.90 | 715,320.90 |

**Total items:** 3

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 1,989,325.00 |
| IVA 19% | 377,971.75 |
| **Total a Pagar** | 2,367,296.75 |

**Valor en Letras:** Dos millones trescientos sesenta y siete mil doscientos noventa y seis pesos m/cte con setenta y cinco cent.

**Forma de pago:**
Crédito

**Medio de pago:**
Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-10-16 por $ 2,367,296.75

**Observaciones:** POR FAVOR CONSIGNAR CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA N°455000100496 O BANCO BOGOTA CUENTA CORRIENTE N° 034782037

#$15-19-00;Contrato193/2024;jchavez@homil.gov.co#$

**Orden de compra:** -

**Orden de entrega:** - **Fecha:**

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764075667057 aprobado en 20240724 prefijo CB desde el número 658 al 1000 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 4659 Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p. Tarifa 11.04*1000
**CUFE:** da0da145ad5d60f943dd01929b7a934f63608b39cf1356ddbb56d5cc333a959af3f2f4ab1ad3b419ad1c33028f1ecf5c

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

S E A C
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA
19 SEP 2024