HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CODIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	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:	**13/09/2024**	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	**X**	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**Agosto de 2024**

No. de Contrato:	**004/2024**	**VALOR**	**$ 37.602.810,00**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-001-2024-HOMIL		
Objeto	INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, JURÍDICA, FINANCIERA, CONTABLE Y AMBIENTAL PARA EL MANTENIMIENTO PERIÓDICO DE LAS INSTALACIONES DEL EDIFICIO PRINCIPAL, EDIFICIO FE EN LA CAUSA Y EDIFICIO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL NIVEL III Y IV.		
Nombre de Contratista	CONIMASTER S.A.S.	**NIT/ CC**	901.329.522-5
Clase de Contrato	**INTERVENTORÍA**	**Modalidad de Contratación**	MÍNIMA CUANTÍA

Cuenta Bancaria No.	21004012204	**Banco:**	BANCO CAJA SOCIAL	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 14-44-101203998 **Aseguradora (Si aplica):** SEGUROS DEL ESTADO S.A. **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** 19/02/2024

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**
2024	130724	15/01/2024			149824	15/01/2024	FC 56	12/06/2024	N/A	N/A	$ 22.561.686,00
2024	130724	15/01/2024			149824	15/01/2024	FC 60	25/06/2024	N/A	N/A	$ 7.520.562,00
2024	130724	15/01/2024			149824	15/01/2024	FC 63	01/08/2024	N/A	N/A	$ 7.520.562,00
2024	130724	15/01/2024			149824	15/01/2024	FC 73	01/08/2024	N/A	N/A	$ 7.520.562,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO :											**$ 7.520.562,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Siete millones quinientos veinte mil quinientos sesenta y dos pesos m/cte.

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)**	**VR. EJECUTADO (D)**	**SALDO CONTRATO (A+B-C-D)**
2024	$ 37.602.810,00	$ 15.041.124,00		$ 45.123.372,00	$ 7.520.562,00
TOTAL CONTRATO	**$ 37.602.810,00**	**$ 15.041.124,00**	**$ -**	**$ 45.123.372,00**	**$ 7.520.562,00**

Nombre del Supervisor : PD. TATIANA MARCELA RAMOS PERDOMO **Fecha de notificación: 07/07/2024**

	FECHA DE INICIO	**FECHA DE TERMINACION**
Plazo de ejecución	19/02/2024	19/01/2025
Vigencia del Contrato:	**Igual al plazo de ejecución y seis meses más.**	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1- Prórroga por dos meses (hasta el 19/09/2024)	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales, EPS, Pensión y riesgos profesionales **11/09/2024** Planilla N° **80048611 –** correspondiente al mes de agosto de 2024. 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 de 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 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**	**NUMERO 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

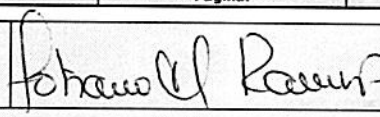
DESCRIPCION DEL EQUIPO	**SERIE**	**PLACA**	**AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO**	**No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO**	**FECHA DE MANTENIMIENTO**	**FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO**	**FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO**	**OBSERVACIONES**

OBSERVACIONES: Debido a que la mayor parte del mantenimiento se ejecutó sobre el edificio principal, la supervisión recomineda cargar a este edificio el valor de la interventoría.

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: TATIANA MARCELA RAMOS PERDOMO		FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	53.529.269		
CELULAR : 3202713373		CORREO: tramos@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	
Acta de supervisión y/o Factura	X	2
Pago de Seguridad Social	X	1