HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÒN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: 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:	01/09/2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Agosto de 2024

No. de Contrato:	216/2024			VALOR	$ 399.999.375,56				
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-033-2024-HOMIL								
Objeto	MANTENIMIENTO, ADECUACION, MEJORAMIENTO Y REPARACIONES LOCATIVAS, DE LAS INSTALACIONES DEL PARQUEADERO PÚBLICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.								
Nombre de Contratista	G.M. INGENIERÍA Y CONCRETO S.A.S.			NIT/ CC	901.263.698-7				
Clase de Contrato	OBRA			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTÍA				
Cuenta Bancaria No.	04200000874	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente		

Garantía Cumplimiento: 30-44-101058683 30-40-101021527	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 27/06/2024

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
2024	272024	27/06/2024					ago-24		N/A	N/A	
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	$ 399.999.375,56			$ -	$ 399.999.375,56
TOTAL CONTRATO	$ 399.999.375,56	$ -	$ -	$ -	$ 399.999.375,56

Nombre del Supervisor : PD. TATIANA MARCELA RAMOS PERDOMO	Fecha de notificación: 05/08/2024	
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	08/07/2024	08/11/2024
Vigencia del Contrato:	Igual al plazo de ejecución y seis meses más.	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de Parafiscales, EPS, Pensión y Riesgos Profesionales **19/09/2024** Planilla N° **79812304** – correspondiente a los meses de agosto-septiembre de 2024. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de los meses de agosto-septiembre 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

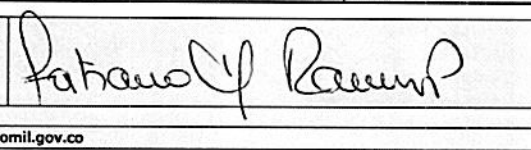
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES: Se elabora el presente informe de supervisión, correspondiente al mes de agosto/2024, sin presentarse afectación presupuestal.

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	1
Pago de Seguridad Social	X	1