HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION PROCESO: GESTIÓN	VERSIÓN: 10
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	20/08/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**JULIO**

No. de Contrato:	**077-2024**	**VALOR**	**$ 65.615.780,00**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	**CD-015-2024-HOMIL**		
Objeto	**ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA LAS ÁREAS DE FISIOTERAPIA PISO PÉLVICO QUE SE REQUIEREN PARA OPTIMIZAR PROCESOS DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN**		
Nombre de Contratista	**BRASMEDICA COLOMBIA S.A.**	**NIT/ CC**	**900103910**
Clase de Contrato	**Contratación directa**	**Modalidad de Contratación**	**Mínima cuantía**

Cuenta Bancaria No.	**18837273388**	**Banco:**	**BANCOLOMBIA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**

Garantía Cumplimiento (Si aplica):POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO: No. 21-46-101095072	**Aseguradora (Si aplica): SEGUROS DEL ESTADO SA.**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):24-07-2024**

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					
2024	**199624**	**11/04/2024**	**N/A**	**N/A**	**199624**	**11/04/2024**	**FE3211**	**28/06/2024**	**ZE0000000012258**	**FTS**	**$ 65.615.721**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 65.615.721**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Sesenta y cinco millones seiscientos quince mil setecientos veintiún 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	**$ 65.615.780**	**$ 0**	**$ 59**	**$ 65.615.721**	**$ 0**
TOTAL CONTRATO	**$ 65.615.780,00**	**$ -**	**$ 59,00**	**$ 65.615.721,00**	**$ -**

Nombre del Supervisor: CARMEN TERESA ESQUIVIA PÁJARO	**Fecha de notificación: 2024-04-24**

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Plazo de ejecución	**23/04/2024**	**4/06/2024**
Vigencia del Contrato:		
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 22/08/2024 y riesgos profesionales Planilla N° 7938928287 – correspondiente al mes de Julio
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de Julio ; 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	

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	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado/ existenci	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

NOTA 4: En las

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

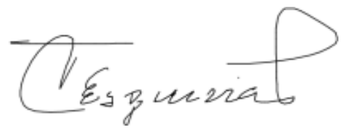
OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

NOTA 5: En lo que

INFORMACION GENERAL					
Entidad	**N° Planilla**	**Fecha de pago**	**SALUD**	**PENSION**	**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: CARMEN TERESA ESQUIVIA PÁJARO	FIRMA	

NÚMERO DE CEDULA:	32.681.966

CELULAR : 3107687424	CORREO: cesquivia@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	x	x
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	x	x