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:	30/07/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	JULIO

No. de Contrato:	160-2024	**VALOR**	**590,339,161**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	001-2024		
Objeto	ADQUISICION PRE INSTALACION E INSTALACIONY PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA EL SERVICIO DE SALAS DE CIRUGIA, UCI, PEDIATRICA, HOSPITALIZADOS, CONSULTA EXTERNA URGENCIAS PERTENECIENTES AL HOSPITAL MILITAR FENTRAL PARA LA VIGENCIA 2024 UNIDADES ELECTROQUIRURGICAS CON ARGON,		
Nombre de Contratista	**MEQ TECNOLOGIA MEDICA SAS**	**NIT/ CC**	900.810,245-8
Clase de Contrato	LICITACION PUBLICA	**Modalidad de Contratación**	**COMPRAVENTA**

Cuenta Bancaria No.	**51126566468**	**Banco:**	**BANCOLOMBIA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	M-100231345	**Aseguradora (Si aplica):**	**COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	7/06/2024

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**					
VIGENCIA AÑO 2024	**151524**	**20/02/2024**	2515	**30/05/2024**	**249624**	**30/05/2024**					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**-**

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VR. EJECUTADO (D)**	**SALDO CONTRATO (A+B-C-D)**
VIGENCIA AÑO 2024	**590.339.161**	0	0	**$ -**	$ 590.339.161,00
					$ -
					$ -
TOTAL CONTRATO	**$ 590.339.161,00**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ 590.339.161,00**

Nombre del Supervisor TECNICO DE SERVICIOS WILLIAM WILCHES RODRIGUEZ / TECNICO DE SERVICIOS GILBERTO ROMERO DRA IVON JEANNETTE DIAZ YAMAL/ MAYOR FABIAN AUGUSTO MONTOYA/ MAYOR MEDICO MARTHA LILIANA SALAZAR HERNANDEZ	**Fecha de notificación: 2024/06/11**

	FECHA DE INICIO	**FECHA DE TERMINACION**
Plazo de ejecución 180 Días	**11/06/2024**	**30/09/2024**
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 Junio
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (); 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**	**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 EQUIPO**	**OBSERVACIONES**

OBSERVACIONES LOS SUPERVISORES SE PERMITEN INFORMAR QUE SE ESTA A LA ESPERA DE LA ENTREGA DE LA DOCUMENTACION RESPECTIVA POR PARTE DE LA FIRMA CONTRATISTA AL AREA DE HOJAS DE VIDA DE EQUIPO BIOMEDICO PARA CONTINUAR CON EL TRAMITE DEL CONTRATO LOS EQUIPO OBJETO DEL CONTRATO SE ENCUENTRAN EN TRAMITE DE IMPORTACION POR PARTE DE LA FIRMA CONTRATISTA QUIRURUGIL , EN ESTE MES NO SE HA REALIZADO NINGUN MOVIMIENTO EL PRESENTE INFORME CORRESPONDE AL MES DE JULIO 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.

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: T.S. WILLIAM WILCHES RODRIGUEZ / GILBERTO ROMERO ARDILA		
NÚMERO DE CEDULA:	**79430181**	
CELULAR : 3103258114 / 3212136164		**CORREO: wwilches @homil.gov.co / gromero@homil.gov.co**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS