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:	29/09/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**sep-24**
No. de Contrato:	043-2024			**VALOR**	**$ 42.800.000**		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	029-2024						
Objeto	"ADQUISICIÓN DE SCANER 3D PORTATIL DE MANO A TODO COLOR PARA EL LABORATORIO DE INNOVACIÓN - INNLAB, DE LA SUBDIRECCIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL"						
Nombre de Contratista	**Grupo Abstract S.A.S**			**NIT/ CC**	**900.279.841-0/CE:497050**		
Clase de Contrato	**ADQUISICIÓN**			**Modalidad de Contratación**	**CONTRATACIÓN MÍNIMA CUANTÍA**		

Cuenta Bancaria No.	**7234263**	**Banco:**	**Banco de Bogotá**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**x**
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**x**	**Aseguradora (Si aplica):**	**COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):20/03/2024**				

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					
AÑO 2024	181924	20/03/2024	1830	20/03/2024	152124	20/02/2024	ABSE -1804	15/05/2024	SI	Almacen Activos fijos	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**0**

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	$ 42.800.000,00			$ 42.799.999,00	$ 1
TOTAL CONTRATO	**$ 42.800.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 42.799.999,00**	**$ 1,00**

Nombre del Supervisor CLAUDIA LILIANA ECHEVERRIA GONZALEZ	**Fecha de notificación: 21/03/2024**

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO: 20/03/2024**	**FECHA DE TERMINACION: 15/11/2024**
Vigencia del Contrato:	20-03-2024 / 15-11-2024	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS - Pensión y riesgos profesionales 2024/09/10 Planilla N°73158939– correspondiente al mes de 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 (septiembre-2024).

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: Durante el mes de octubre se llevará a cabo un evento en donde participara el proveedor para demostrar la funcionalidad del escaner 3D a todo color.

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: CLAUDIA LIIANA ECHEVERRIA GONZALEZ	
NÚMERO DE CEDULA: 51696910	
CELULAR : 3143937675	CORREO: cecheverria@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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