HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-F1
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2(
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	23/08/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	AGOSTO
No. de Contrato:	009-2024			**VALOR**	$ 5.000.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-010-2024-HOMIL						
Objeto	CONTRATACION DE EXAMENES EXTRAHOSPITALARIOS PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS CON LA RESPECTIVA LECTURA Y TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA EN 3 (VOLUMETRICA) DE MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR Y BIMAXILAR Y ATM PARA IMPLANTOLOGIA DE LOS PACIENTES QUE REQUIERAN DEL SERVICIO DE SALUD ORAL CIRUGIA MAXILOFACIAL						
Nombre de Contratista	CONSULTORIO DE RADIOLOGIA ORAL COUNTRY LTDA			**NIT/ CC**	800121035-9		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			**Modalidad de Contratación**	MINIMA CUANTIA		

Cuenta Bancaria No.	040-44448-1	**Banco:**	ITAU	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	21-44-101436276	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS MUNDIAL	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	23/02/2024		

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 OBLIGACIÓ**
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	**FECHA**	**DINÁMICA No.**	**FECHA**	**Registro Presupuestal (RP) No.**	**FECHA CRP**					
AÑO 2024	**142724**	**21/02/2024**			**152124**	**21/02/2024**	RC250715	28/06/2024			$ 84.627,00
							RC250948	16/07/2024			$ 28.209,00
							RC250150	23/05/2024			$ 228.209,0(
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 341.045,0(**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: **Pesos m/cte**

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VR EJECUTADO**	**SALDO CONTR. (A+B-C-D)**
VIGENCIA AÑO **2024**	**$ 5.000.000,00**			$ 341.045,00	$ 4.658.955,0
TOTAL CONTRATO	**$ 5.000.000,00**			**$ 341.045,00**	**$ 4.658.955,0**

Nombre del Supervisor	CARLOS GREGORIO TORRES RESTREPO	**Fecha de notificación:** 27/02/2024
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO** 28/02/2024	**FECHA DE TERMINACION** 31/12/2024
Vigencia del Contrato:	: La vigencia será igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales **JULIO** correspondiente al mes de **JULIO 2024** en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista a la fecha no tiene facturas en tramite para pago

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/ existencia s almacén)**	**CANTIDAD**	**NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓ N**	**FECHA DE INSTALACIÓN**	**VALOR UNITARIO**	**VALOR TOTAL**	**OBSER CIONE**

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

OTA 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	

OMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: CARLOS GREGORIO TORRES RESTREPO

ÚMERO DE CEDULA:	1020771475
ELULAR : 3204080181	CORREO: catorres@homil.gov.co

OCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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