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:	8/13/2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JUNIO

No. de Contrato:	078-2024				**VALOR**	**$**					**141.139.000,00**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-006-2024-HOMIL										
Objeto	SUMINISTRO DE KIT DE FLUORESCENCIA ENDOSCOPICA REQUERIDA PARA LA UNIDAD CLINICO QUIRURGICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL										
Nombre de Contratista	STRYKER COLOMBIA SAS				**NIT/ CC**	900403832-6					
Clase de Contrato	SUMINISTRO				**Modalidad de Contratación**	Selección Abreviada de Menor Cuantía					
Cuenta Bancaria No.	**.0072753461**		**Banco:**	Citybank Colombia S.A.		**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**Póliza de cumplimiento No. 15-40-101271058**	**Aseguradora (Si aplica):**	**Seguros del Estado**	**Fecha de aprobación de la Garantia (Si aplica):**	**15 de Noviembre de 2022**						

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					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ -
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	Trece Millones Ciento Trece Mil Ochocientos Pesos M/Cte										

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2024	$ 141.139.000,00	$ -	$ -	$ 13.113.800,00	$ 128.025.200,00
		$ -	$ -		$ -
		$ -	$ -		$ -
		$ -	$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -	$ -
TOTAL CONTRATO	**$ 141.139.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 13.113.800,00**	**$ 128.025.200,00**

Nombre del Supervisor	**William Sánchez Maldonado**	**Fecha de notificación:**	**29/04/2024**
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**	
	4/26/2024	**11/30/2024**	
Vigencia del Contrato:	2024		
Prorrogas:			
	1-		
	2-		
	3-		

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales correspondiente al mes de Junio
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el contratista presento relación de bienes contratados, el cual es parte integral del presente documento 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 (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

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:	**William Sánchez Maldonado**	
NÚMERO DE CEDULA:	**79341852**	
CELULAR :	**CORREO: wsanchez@homil.gov.co**	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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