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: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	30/09/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	SEPTIEMBRE 2024

No. de Contrato:	299-2024	**VALOR**	$ 280.000.000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-055-2024-HOMIL		
Objeto	CONTRATAR EL MANTENIMIENTO, REPARACIÓN, MEJORAMIENTO, REEMPLAZO, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE ABASTECIMIENTO PRINCIPAL DE AGUA POTABLE DESDE EL ÁREA CALDERAS HASTA LOS PISOS Y CAMBIO Y OPTIMIZACIÓN DEL BYPASS EXISTENTE DEL EDIFICIO PRINCIPAL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE BOGOTÁ D.C..		
Nombre de Contratista	CONSORCIO MANTENIMIENTOS IBC	**NIT/ CC**	901864711
Clase de Contrato	Obra	**Modalidad de Contratación**	Selección abreviada menor cuantía

Cuenta Bancaria No.	512864174	**Banco:**	DE OCCIDENTE	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**

Garantía Cumplimiento (Si aplica): 21-44-101449956	**Aseguradora (Si aplica):** SEGUROS DEL ESTADO S.A.	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** 03/09/2024

	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL										
VIGENCIA	**Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.**	**FECHA**	**DINAMICA No.**	**FECHA**	**Registro Presupuestal (RP) No.**	**FECHA CRP**	**No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO**	**FECHA FACTURA**	**ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO**	**ALMACEN AL QUE INGRESA**	**VALOR OBLIGACIÓN**
VIGENCIA 2024	205724	28/06/2024			320224	30/08/2024					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											
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)**
VIGENCIA 2024	$ 280.000.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.000.000
TOTAL CONTRATO	**$ 280.000.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ -**	**$ 280.000.000**

Nombre del Supervisor: TF SANTIAGO ANDRES ROJAS MORENO **Fecha de notificación:** 09/09/2024

Plazo de ejecución:	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	5/09/2024	**6/12/2024**
Vigencia del Contrato:	3 MESES	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y riesgos profesionales.

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social; 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
				548				

OBSERVACIONES:

En el mes de septiembre se elaboro el acta de inicio y se comenzaron los trabajos de mantenimiento, reparacion, mejoramiento, reemplazo, instalacion y puesta en funcionamiento de la red de abastecimiento principal de agua potable.

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: TF SANTIAGO ANDRES ROJAS MORENO	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA: 1.015.446.520		
CELULAR : 314 380 0318	CORREO: sarojas@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Acta de supervisión y Factura	X	1