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:	1/10/2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	SEPTIEMBRE
No. de Contrato:	181-2024			VALOR	$ 613.600.000,00		
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-026-2024-HOMIL						
Objeto	SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS E INSUMOS QUIRURGICOS CON APOYO TECNOLOGICO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL (Lote 1)"						
Nombre de Contratista	Johnson & Johnson Medtech			NIT/ CC	901.550.788		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA		
Cuenta Bancaria No.	19300001168	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	18-44-101098239	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO SA	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	6/06/2024		

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					
AÑO 2024	191024	6/06/2024			191024	6/06/2024	BOG34746	4/09/2024	19956	ZE000000013608	$ 1.289.443,00
							BOG34872	6/09/2024	19957	ZE000000013609	$ 336.026,00
							BOG34830	5/09/2024	19958	ZE000000013610	$ 4.652.092,00
							BOG34827	5/09/2024	19959	ZE000000013611	$ 769.578,00
							BOG34870	6/09/2024	19960	ZE000000013612	$ 599.920,00
							BOG35115	11/09/2024	20365	ZE000000013742	$ 2.846.487,00
							BOG35112	11/09/2024	20374	ZE000000013745	$ 5.429.080,00
							BOG35122	11/09/2024	20376	ZE000000013747	$ 3.400.095,00
							BOG35166	12/09/2024	20468	ZE000000013814	$ 4.793.580,00
							BOG35203	13/09/2024	20471	ZE000000013817	$ 4.775.727,00
							BOG35251	13/09/2024	20473	ZE000000013819	$ 2.902.686,00
							BOG35505	18/09/2024	20756	ZE000000013909	$ 4.290.002,00
							BOG35508	18/09/2024	21008	ZE000000013949	$ 1.814.602,00
							BOG35890	25/09/2024	21549	ZE000000014101	$ 7.917.607,00
							BOG35921	26/09/2024	21583	ZE000000014119	$ 3.719.487,00
							BOG35946	26/09/2024	21633	ZE000000014146	$ 4.736.434,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 54.272.846,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Cincuenta y cuatro millones doscientos setenta y dos mil ochocientos cuarenta y seis pesos.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR EJECUTADO	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
NCIA AÑO (Ej:2024)	$ 613.600.000,00			$ 105.942.416,00	$ 507.657.584,00
VIGENCIA AÑO (Ej:2025)					
VIGENCIA AÑO (Ej:2026)					
TOTAL CONTRATO	$ 613.600.000,00			$ 105.942.416,00	$ 507.657.584,00

Nombre del Supervisor: CAMILO MARTINEZ GONZALEZ	Fecha de notificación: 04/06/2024

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	19/06/2024	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 AGOSTO correspondiente al mes AGOSTO **2024** en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (AGOSTO); 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	NUMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA AL	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia	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

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	Nº 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: CAMILO MARTINEZ GONZALEZ

NÚMERO DE CEDULA:	74371932
CELULAR :	CORREO: cmartinezg@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura	x	
Pago de Seguridad Social		