HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	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:	31/10/2024	INFORME DE SUPERVISIÓN	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	OCTUBRE 2024
No. de Contrato:	259-2024			VALOR	$		369.643.560,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-043-2024-HOMIL						
Objeto	SUMINISTRO DE MATERIAL RADIACTIVO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS, GAMAGRAFÍAS DE LOS DIFERENTES ÓRGANOS Y SISTEMAS						
Nombre de Contratista	COMCI SAS			NIT/ CC	830.014.072-2		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA		

Cuenta Bancaria No.	03240755-3	Banco:	BANCO DE BOGOTÁ	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 21-44-101447364	Aseguradora (Si aplica): SEGUROS DEL ESTADO SA	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 14/08/2024

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACEN 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					
2024	179124	5/08/2024			302324	5/08/2024	FE 37762	5/10/2024	OBLIGACIÓN N° 23123	Farmacias de Tecnologías en Salud	$ 17.276.072
							FE 37763	5/10/2024	OBLIGACIÓN N° 23435	Farmacias de Tecnologías en Salud	$ 35.988.294
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 53.264.366

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CINCUENTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2024	$ 369.643.560,00			$ 101.298.560	$ 268.345.000,00
TOTAL CONTRATO	$ 369.643.560,00	$ -	$ -	$ 101.298.560,00	$ 268.345.000,00

Nombre del Supervisor Nubia Rojas Rodriguez	Fecha de notificación: 01/08/2024

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	15/08/2024	31/12/2024
Vigencia del Contrato:	Vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social mediante certificación de fecha 05 de octubre de 2024 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 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):

Anny Rodriguez
31-10-24

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: Nubia Rojas Rodríguez		FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	52.331.859		
CELULAR: EXT 5390		CORREO: nrojas@homli.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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