

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					PAGINA 1 DE 2				
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI									
Fecha:	31/10/2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O					
No. de Contrato:	409/2023			VALOR	\$ 85.399.785,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-018-2023-HOMIL										
Objeto	"SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE CURACIÓN DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS 2023-2026 SE LE ADJUDICA EL LOTE 57".										
Nombre de Contratista	HB SUPPLIER S.A			NIT/ CC	830126596						
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	Licitación pública						
Cuenta Bancaria No.	37215248279	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X			
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	340 47 994000049907; RC 340-74-994000006624	Aseguradora (Si aplica):	ASEGURADORA SOLIDARIA DE		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	13/12/2023					
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
AÑO 2024	89024	9/01/2024			89024	9/01/2024	HBFE7115	15/10/2024	ZE000000014611	FTS	\$ 3.588.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 3.588.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:			TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE		
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
AÑO 2023	\$ 1.839.196,00			\$ 1.839.196,00	\$ -
AÑO 2024	\$ 31.545.888,00			\$ 25.100.704,00	\$ 6.445.184,00
AÑO 2025	\$ 32.492.265,00			\$ -	\$ 32.492.265,00
AÑO 2026	\$ 19.522.436,00			\$ -	\$ 19.522.436,00
TOTAL CONTRATO	\$ 85.399.785,00	\$ -	\$ -	\$ 26.939.900,00	\$ 58.459.885,00

Nombre del Supervisor	JANNETHE NOVOA CUCARIAN	Fecha de notificación:	04/07/2024
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
	20/12/2023		31/07/2026
Vigencia del Contrato:	31/07/2026		
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 de acuerdo con la normatividad vigente y obligaciones contractuales. 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 / existencia s almacén)	CANTIDA D	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

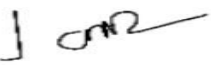
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

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
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad
N/A	N/A	N/A					
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO					CODIGO:	VERSIÓN
						Página:	10
							2 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	JANNETHE NOVOA CUCARIAN	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA: 39.795.444			
CELULAR :	CORREO: jnovoa@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		