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-ago-24	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	AGOSTO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	SUPERVISION MES DE AGOSTO 2024
No. de Contrato:	301-- 2024			VALOR	145.111.289		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SA 058-2024						
Objeto	ADQUISICION INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LOTE 3						
Nombre de Contratista	STRYKER COLOMBIA SAS			NIT/ CC	900403832-6		
Clase de Contrato	ADQUISICION			Modalidad de Contratación	SA		
Cuenta Bancaria No.	727753461	Banco:	CITIBANK COLOMBIA SA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	4001856-7	Aseguradora (Si aplica):	COMPANIA ASEGURADORA	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	3/09/2024		

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	VALOR MAS IVA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO (EJ:2024)	184624	18/04/2024	3227	30/08/2024	319224	30/08/2024					0,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											0,00

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO (EJ:2024	145.111.289				
TOTAL CONTRATO	$ 145.111.289,00	$ -	$ -		$ 145.111.289,00

Nombre del Supervisor MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO		Fecha de notificación: 4 SEPTIEMBRE 2024
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	4 SEPTEMBRE 2024	31/12/2024
Vigencia del Contrato:	2 MESES 26 DIAS	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla N° – correspondiente al mes de en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de ( ); 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

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	AREA/ALMACEN DE INGRESO	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL MAS IVA	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

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN 10
		Página:	2 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO
NUMERO DE CEDULA: 35418457
CELULAR : 3125868271 CORREO: marcas1900@hotmail.com

Powered by CamScanner