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:	30/10/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**OCTUBRE 2024**

No. de Contrato:	**027-2024**	**VALOR**	**$ 50.000.000**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-017-2024-HOMIL		
Objeto	ALQUILER DE UN EQUIPO MARCO DE ESTEREOTAXIA PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	NEUROLOR SAS	**NIT/ CC**	**900922190**
Clase de Contrato	ARRENDAMIENTO DE MUEBLES	**Modalidad de Contratación**	**MINIMA CUANTIA**

Cuenta Bancaria No.	**474100061446**	**Banco:**	**DAVIVIENDA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : No. 14-44-101205793	**Aseguradora (Si aplica): SEGUROS DEL ESTADO S.A.**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 15/03/2024**

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					
VIGENCIA AÑO (2024)	177824	15/03/2024	N/A	N/A	177824	15/03/2024	561	03/10/2024	N/A	N/A	**$ 4.165.000**
	177824	15/03/2024	N/A	N/A	177824	15/03/2024	570	28/10/2024	N/A	N/A	**$ 4.165.000**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 8.330.000**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (OCHO MILLONES TRECIENTOS TREINTA 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)
VIGENCIA AÑO (2024)	$ 50.000.000,00	N/A	N/A	$ 41.650.000,00	$ 8.350.000,00
TOTAL CONTRATO	**$ 50.000.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 41.650.000,00**	**$ 8.350.000,00**

Nombre del Supervisor (E): DR. LEONARDO ANDRES CHACON ZAMBRANO	**Fecha de notificación: 01/11/2024**

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	19/03/2024	**31/12/2024**
Vigencia del Contrato:	11 Meses	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla N° **7940890270** – correspondiente al mes de SEPTIEMBRE-OCTUBRE en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (Septiembre-Octubre); 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

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	Valor

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR (E): DR. LEONARDO ANDRES CHACON ZAMBRANO	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA: 91540063		
CELULAR : 3013705432	CORREO: lchacon@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	2
Acta de supervisión y/o Factura	X	2
Pago de Seguridad Social	X	1