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:	4/10/2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Septiembre del 2024

No. de Contrato:	0248-2024	VALOR	$ 129.640.780
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CO1.PCCNTR.6572367		
Objeto	ADQUISICIÓN, PUESTA EN MARCHA, SOPORTE DE FÁBRICA Y GARANTÍA DE LOS EQUIPOS, HARDWARE Y SOFTWARE PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE TURNOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	VIRTUAL TECHNOLOGIES SAS.	NIT/ CC	830.075.002-8
Clase de Contrato	COMPRAVENTA DE MENOR CUANTIA	Modalidad de Contratación	Selección abreviada de menor cuantia

Cuenta Bancaria No.	04219810460	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	14-46-101120882	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO SA	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	6/08/2024 12:00			

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	156324	26/02/2024	1563	26/02/2024	299224	31/07/2024	Septiembre	N/A	N/A	N/A	0
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											0

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (Ej: Cuarenta y seis millones cuatroscientos sesenta y nueve mil novescientos sesenta y un 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	$ 129.640.780,00	0	0	0	$ 129.640.780,00
TOTAL CONTRATO	$ 129.640.780,00	$ -	$ -	$ -	$ 129.640.780,00

Nombre del Supervisor: PD Fabio Alberto Molina Orjuela	Fecha de notificación: : 2024-08-06	
Plazo de ejecución: 64 días, 04 de noviembre de 2024	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	6/08/2024 12:00	4/11/2024
	2024	
Prorrogas:	En tiempo	
	1- 64 días, contados a partir del 01 de septiembre de 2024 hasta el 04 de noviembre de 2024	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS 2024/09 y Pensión 2024/08 y riesgos profesionales 2024/09 Planilla N° 7990211 – correspondiente al mes de septiembre.
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; 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 / existencia s 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):

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:	FABIO ALBERTO MOLINA ORJUELA
NÚMERO DE CEDULA:	19.446.333

CELULAR :	CORREO:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	2
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		