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:	12/11/2024	INFORME DE SUPERVISOR	GLOBAL SANEAMIENTO AMBIENTAL LIMITADA	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	OCTUBRE DE 2024

No. de Contrato:	222-2024	VALOR	$ 68.870.060,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	022-2024		
Objeto	PRESTAR SERVICIOS PARA EL SANEAMIENTO Y RESTAURACIÓN DOCUMENTAL DE LOS ARCHIVOS TANTO INACTIVOS COMO ACTIVOS DEL HOMIL, QUE PRESENTAN DETERIORO FÍSICO, QUÍMICO Y BIOLÓGICO ADELANTANDO EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE DETERIORO, SELECCIÓN DOCUMENTAL A ELIMINAR POR NIVEL DE BIODETERIORO Y SANEAMIENTO PUNTUAL FOLIO A FOLIO DE 76 METROS LINEALES, ASÍ COMO, EL SANEAMIENTO AMBIENTAL MONITOREO INICIAL, DESINFECCIÓN, DESINSECTACIÓN Y MONITOREO FINAL E INFORME FINAL DE 1353 M³ DE ESPACIOS DE ARCHIVO, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN EL ACUERDO AGN 08 DE 2014.		
Nombre de Contratista	GLOBAL SANEAMIENTO AMBIENTAL LIMITADA	NIT/ CC	900.212.646 - 2
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTÍA

Cuenta Bancaria No.	026171504	Banco:	BANCO DE BOGOTA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	POLIZA No. 25-46-101034920 ANEXO: 0 AMPAROS: CUMPLIMIENTO, CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO SA	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	9/07/2024

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					
2024	172324	2/04/2024	2886	11/07/2024	285824	11/07/2024	FEGS 352	7/11/2024	N/A	N/A	$ 68.870.060,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 68.870.060,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SESENTA Y OCHO MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA MIL SESENTA 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	$ 68.870.060,00	$ -		$ 68.870.060,00	$ -
TOTAL CONTRATO	$ 68.870.060,00	$ -	$ -	$ 68.870.060,00	$ -

Nombre del Supervisor SS. MANUEL SILVERIO RENGIFO ANACONA	Fecha de notificación: 15/07/2024

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	15/07/2024	31/10/2024
Vigencia del Contrato:	2024	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/10/01 y riesgos profesionales 2024/10/01 Planilla N° 81563415 - 81600912 – correspondiente al mes de OCTUBRE
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social periodo Pension mes de (OCTUBRE); Y periodo de salud mes de (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
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
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	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	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	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): **TRAMITE DE PAGO CORRESPONDIENTE A LOS SERVICIOS PRESTADOS EN LOS MESES DE JULIO A OCTUBRE DE 2024 - SE FINALIZA CONTRATO. LA SUPERVISION Y EL SERVICIO SE CUMPLIO DENTRO DEL PLAZO DE EJECUCION, SE ENTREGA SUPERVISION Y DOCUMENTACION CORRESPONDIENTE INCLUIDA EL ACTA INFORME FINAL DE SUPERVISION.**

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

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SS. MANUEL SILVERIO RENGIFO ANACONA		
NÚMERO DE CEDULA:	**1,061,700,931**	
CELULAR : 3235043326	**CORREO: mrengifo@homil.gov.co**	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	3
Acta de supervisión y/o Factura	X	2
Pago de Seguridad Social	X	3