| 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: | 30/7/2024 | INFORME DE SUPERVISOR | GLOBAL SANEAMIENTO AMBIENTAL LIMITADA | TRAMITE PARA PAGO | | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | |
| No. de Contrato: | 222-2024 | | | VALOR | $ 68.870.060,00 | | |
| Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual | 222-2024 | | | | | | |
| 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): | 9/7/2024 | | |

| 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 | 2/4/2024 | 2886 | 11/7/2024 | 285824 | 11/07/2024 | | | N/A | N/A | $ 68.870.060,00 |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | $ 68.870.060,00 |

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: en el presente mes julio del 2024 no se realiza movimientos economicos del presente contrato.

| 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<br>SS. MANUEL SILVERIO RENGIFO ANACONA | Fecha de notificación: 15/07/2024 |
|---|---|

| Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|
| | 15/7/2024 | 31/10/2024 |
| Vigencia del Contrato: | 2024 | |
| Prorrogas: | En tiempo | |
| | 1- | |
| | 2- | |
| | 3- | |

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión xxxxxx y riesgos profesionales xxxxxxxx Planilla xxxxxxx – correspondiente al mes de xxxxxxxx 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

Powered by CamScanner

**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 | 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): En el presente mes JULIO del 2024 no se realiza movimientos economicos del presente contrato manteniendo la ejecusion las actividades de acuerdo al objeto contratual

**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 | Nº 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 | Nº FOLIOS |
|---|---|---|
| Informe de Actividades con sus soportes | N/A | N/A |
| Acta de supervisión y/o Factura | N/A | N/A |
| Pago de Seguridad Social | N/A | N/A |

Powered by CamScanner