HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	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:	20/11/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	Noviembre
No. de Contrato:	287-2024			**VALOR**	58.104.208,14		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-231-2024-HOMIL						
Objeto	SUSCRIPCIÓN DE SERVICIOS 100% EN LA NUBE DE UNA PLATAFORMA TIPO SAAS PARA LA GESTIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACTIVOS Y MESA DE SERVICIO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	FRACTTAL COLOMBIA SAS			**NIT/ CC**	900.856.723-5		
Clase de Contrato	COMPRAVENTA			**Modalidad de Contratación**	LICITACIÓN PÚBLICA		
Cuenta Bancaria No.	25500001713	**Banco:**	BANCOLOMBIA SA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros** X	**Corriente**	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : CO1.WRT.15425841 | **Aseguradora (Si aplica): Sura** | **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 7/11/2024**

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	201624	26/8/2024			316124	26/08/2024	FC 7175	14/11/2024	N/A	N/A	58.104.208,14
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											58.104.208,14

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Cincuenta y ocho millones ciento cuatro mil doscientos ocho pesos con 14 centavos

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2024	58.104.208,14	$-	$-	58.104.208,14	0
TOTAL CONTRATO	58.104.208,14	$-	$-	58.104.208,14	0

Nombre del Supervisor : JAIME SÁNCHEZ ORTIZ | **Fecha de notificación: 30/08/2024**

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Plazo de ejecución	30/8/2024	15/12/2024
Vigencia del Contrato:	105 DIAS	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1- PRORROGA No. 01 - AL CONTRATO No. 287-2024 hasta el 15 DE DICIEMBRE DE 2024 (60 días)	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/11/08 y riesgos profesionales 2024/11/08 Planilla N° 7948181155 – 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 de del 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 SATISFACCIÓN.

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 esta 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:	VERSION	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Jaime Sánchez Ortiz | **FIRMA:**

NUMERO DE CEDULA: 79.330.282

CELULAR: 301 337 6111 | **CORREO:** jsanchezo@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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