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: 19-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	**30/09/2024**	**INFORME DE SUPERVISOR**	**X**	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**2024 - 09**
No. de Contrato:	**CONTRATO No. 282 de 2024**			**VALOR**	**$ 29.890.000,00**		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	**MC-211-2024-HOMIL**						
Objeto	**"RENOVACIÓN DE LICENCIAS PAPERCUT PARA LAS IMPRESORAS LEXMARK, OKI Y KYOCERA INCLUYENDO EL SOPORTE DEL SISTEMA DE CONTROL Y OPERACIÓN PARA EL SERVICIO DE IMPRESIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL"**						
Nombre de Contratista	**RENACER SAS**			**NIT/ CC**	**901695684-8**		
Clase de Contrato	**SUSCRIPCIÓN**			**Modalidad de Contratación**	**MÍNIMA CUANTÍA**		

Cuenta Bancaria No.	**95989547**	**Banco:**	**BANCO DE BOGOTÁ**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**3967414-7**	**Aseguradora (Si aplica):**	**SEGUROS DEL ESTADO SA**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**28/08/2024**			

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	**209024**	**15/07/2024**	**3159**	**21/08/2024**	**312724**	**21/08/2024**	//////////	//////////	//////////	//////////	**$ -**
//////////	//////////	//////////	//////////	///////	//////////	//////////	//////////	//////////	//////////	//////////	**$ -**
//////////	//////////	//////////	//////////	///////	//////////	//////////	//////////	///////	///////	//////	//////////
//////////	//////////	//////////	//////////	///////	//////////	//////////	//////////	///////	///////	//////	//////////
//////////	//////////	//////////	//////////	///////	//////////	//////////	//////////	///////	///////	//////	//////////
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ -**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CERO 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	$ 29.890.000,00	$ -	$ -	$ -	$ 29.890.000,00
//////////	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -
//////////	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -
//////////	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -
//////////	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -
//////////	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -
//////////	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -
//////////	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -
TOTAL CONTRATO	**$ 29.890.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ 29.890.000,00**

Nombre del Supervisor: WILLIAM ANDRÉS NEMOGÁ BECERRA	**Fecha de notificación: 18/07/2024**	
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	18/07/2024	**15/12/2024**
Vigencia del Contrato:		
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: No se registró ctividad de ejecución en este periodo

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 (Si aplica observaciones en el mes a presentar):	Ninguna. Informe de supervisión que no registra actividad en el periodo reportado

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: WILLIAM ANDRÉS NEMOGÁ BECERRA		FIRMA:	
NÚMERO DE CEDULA:	80728217		
CELULAR : 3172280337	3172280337	CORREO:	wnemoga@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	NO	0
Acta de supervisión y/o Factura	SI	1
Pago de Seguridad Social	NO	0