

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:	31/10/2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO			MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	2024 - 10			
No. de Contrato:	CONTRATO No. 282 de 2024				VALOR	\$ 29.890.000,00					
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-211-2024-HOMIL										
Objeto	"RENOVACIÓN DE LICENCIAS PAPER CUT 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 / existencia s almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

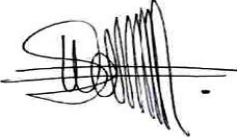
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

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):	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