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:	30/octubre/2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	x	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	SEPTIEMBRE 2024

No. de Contrato:	292-2024	VALOR	180.000.000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-053-2024-HOMIL		
Objeto	INSUMOS PARA EL EQUIPO DE NEUROMONITOREO PARA EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	IMQUIRURGICOS	NIT/ CC	900820009
Clase de Contrato	SUMINITROS	Modalidad de Contratación	SELECION ABREVIADA

uenta Bancaria No.	850004351	Banco:	BBVA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	x	Corriente	

arantia Cumplimiento :21-44-101449471	Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantía: 28-08-24

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	190124	26-04-2024	190124	26-04-24	317524	27-08-24	IMQE9608	9/9/2024	ZE000000014264	FTS	$3.640.656
							IMQE9610	9/9/24	ZE000000014210	FTS	$2.349.506
							IMQE9689	18/9/2024	ZE000000014255	FTS	$3.333.416
							IMQE9834	27/09/24	ZE000000014262	FTS	$ 3.640.656
											$ 12.964.234

/ALOR AUTORIZADO PARA PAGO

/ALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOCE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL DOCIENTOS TREINTA Y CUATRO 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	180.000.000			$12.964.234	$167.035.766
TOTAL CONTRATO	180.000.000			$12.964.234	$167.035.766

Nombre del Supervisor SINDY MARIA AMAYA MARQUEZ	1/1/2024	
	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	30/08/2024	
	plazo de ejecucion cinco meses	
Vigencia del Contrato:	En tiempo	
	1-	
	2-	

3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión riesgos profesionales 2/09/2024 CON CERTIFICADO ENTREGADO POR LA EMPRESA CORRESPONDIENRTE AL MES DE SEPTIEMBRE
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de SEPTIEMBRE 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:

NOTA 3 :

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:

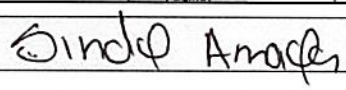
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO					FECHA DE MANTENIMIENTO		FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES: LA EJECUCION DEL CONTRATO SE PRESENTO DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS, POR ERROR Y FALTA DE INFORMACION NO SE PRESENTARON LOS INFORMES DE SUPERVISION A TIEMPO

NOTA 5:

INFORMACIÓN			SALUD		PENSIÓN		RIESGOS	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SINDY MARIA AMAYA MARQUEZ	FIRMA 

NÚMERO DE CEDULA: 52.395.857

CELULAR : 3125820171	CORREO: SAMAYAMA@HOMIL.GOV.CO

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Formato de ingreso	X	
Acta de supervisión y/o Factura	X	
Pago de Seguridad Social	X	
Certificacion revisor Fiscal	X	
Certificacion Bancaria		
	x	x