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: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	VERSIÓN: 10
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	21/11/2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	octubre 2024
No. de Contrato:	292-2024			VALOR	180.000.000		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	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	ALQUILER			Modalidad de Contratación	SELECION ABREVIADA		
Cuenta Bancaria No.	850004351	Banco:	BBVA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	x	Corriente
Garantia Cumplimiento :21-44-101449471	Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantia: 28-08-24					

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL											
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
2024	190124	26-04-2024	190124	26-04-24	317524	27-08-24	IMQE9871	1/10/2024			$4.922.530
							IMQE9912	3/10/2024			$4.922.530
							IMQE9917	4/10/2024			$4.922.530
							IMQE9919	4/10/2024			$ 4.922.530
							IMQE9954	8/10/2024			$4.922.530
							TOTAL				$24.612.650

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS VEINTI CUATRO MILLONES SEISIENTOS DOCE MIL SEISIENTOS CINCUENTA 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			$94.040.699	$41.143.902
TOTAL CONTRATO	$180.000.000			$94.040.699	$41.143.902

Nombre del Supervisor SINDY MARIA AMAYA MARQUEZ	3/1/2024	
	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	30/08/2024	
	plazo de ejecucion cinco meses	
	En tiempo	
Vigencia del Contrato:	1-	
	2-	
3-		

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión riesgos profesionales 1/10/2024 CON CERTIFICADO ENTREGADO POR LA EMPRESA CORRESPONDIENRTE 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 SEPTIEMBRE asi 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 : [1]

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 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
		Página:	2 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SINDY MARIA AMAYA MARQUEZ — FIRMA Sindy Amaya

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