HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CODIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	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:	14/11/2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Octubre de 2024

No. de Contrato:	332/2024	VALOR	$ 17.483.004,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-261-2024-HOMIL		
Objeto	INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, JURÍDICA, FINANCIERA, CONTABLE Y AMBIENTAL PARA EL MANTENIMIENTO PERIÓDICO DE LAS INSTALACIONES DEL EDIFICIO PRINCIPAL, EDIFICIO FE EN LA CAUSA Y EDIFICIO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL NIVEL III Y IV.		
Nombre de Contratista	CONIMASTER S.A.S.	NIT/ CC	901.329.522-5
Clase de Contrato	INTERVENTORÍA	Modalidad de Contratación	MÍNIMA CUANTÍA

Cuenta Bancaria No.	21004012204	Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 14-44-101220401	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 07/10/2024

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	348724	04/10/2024					FC 83	14/11/2024	N/A	N/A	$ 6.243.930,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO :											$ 6.243.930,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Seis millones doscientos cuarenta y tres mil novecientos treinta 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	$ 17.483.004,00			$ 6.243.930,00	$ 11.239.074,00
TOTAL CONTRATO	$ 17.483.004,00	$ -	$ -	$ 6.243.930,00	$ 11.239.074,00

Nombre del Supervisor : PD. TATIANA MARCELA RAMOS PERDOMO	Fecha de notificación: 07/10/2024	
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO: 07/10/2024	FECHA DE TERMINACION: 28/12/2024
Vigencia del Contrato:	Igual al plazo de ejecución y seis meses más.	
Prorrogas:	En tiempo 1- Prórroga 2- 3-	

NOTA 1: Verifico pago de Parafiscales, EPS, Pensión y Riesgos Profesionales el **06/11/2024,** Planillas N° **81482065, 81482810, 81548451** – correspondientes al mes de octubre-noviembre de 2024. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes octubre-noviembre de 2024; 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: 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	NUMERO 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

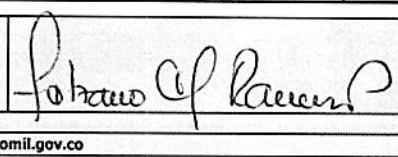
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES: Debido a que la mayor parte del mantenimiento se ejecutó sobre el edificio principal, la supervisión recomineda cargar a este edificio el valor de la interventoría.

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: TATIANA MARCELA RAMOS PERDOMO		FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	53.529.269		
CELULAR : 3202713373		CORREO: tramos@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	
Acta de supervisión y/o Factura	X	2
Pago de Seguridad Social	X	3
Certificación Bancaria	X	1