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:	21/11/2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Octubre de 2024

No. de Contrato:	216/2024			**VALOR**	$ 399.999.375,56				
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-033-2024-HOMIL								
Objeto	MANTENIMIENTO, ADECUACION, MEJORAMIENTO Y REPARACIONES LOCATIVAS, DE LAS INSTALACIONES DEL PARQUEADERO PÚBLICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.								
Nombre del Contratista	G.M. INGENIERÍA Y CONCRETO S.A.S.			**NIT/ CC**	901.263.698-7				
Clase de Contrato	OBRA			**Modalidad de Contratación**	SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTÍA				
Cuenta Bancaria No.	04200000874	**Banco:**	BANCOLOMBIA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	X	**Corriente**		
Garantía Cumplimiento: 30-44-101058683 30-40-101021527	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** 27/06/2024						

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	272024	27/06/2024					FA 66	24/09/2024	N/A	N/A	$ 215.306.532,00
							FA 67	21/11/2024	N/A	N/A	$ 104.692.968,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO :											**$ 104.692.968,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CIENTO CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO 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	$ 399.999.375,56			$ 319.999.500,00	$ 79.999.875,56
TOTAL CONTRATO	**$ 399.999.375,56**	**$ -**	**$ -**	**$ 319.999.500,00**	**$ 79.999.875,56**

Nombre del Supervisor : PD. TATIANA MARCELA RAMOS PERDOMO — **Fecha de notificación:** 05/08/2024

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Plazo de ejecución	08/07/2024	08/11/2024
Vigencia del Contrato:	**Igual al plazo de ejecución y seis meses más.**	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de Parafiscales, EPS, Pensión y Riesgos Profesionales el **21/11/2024,** Planilla N° **81333328** – correspondiente a los meses 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 los meses de 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

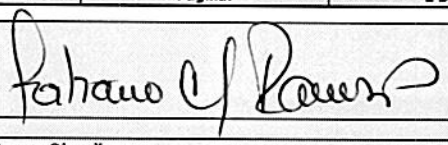
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES:

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.

INFORMACION GENERAL							
Entidad	**N° Planilla**	**Fecha de pago**	**SALUD**		**PENSION**		**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	2
Certificación Bancaria	X	1