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:	30/11/2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	OCTUBRE
No. de Contrato:	193-2024			VALOR	29.413.360		
N° de Proceso en el SECOP II	MC-141-2024-HOMIL						
Objeto	"SUMINISTRO DE ELEMENTOS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO CON LOS RIESGOS LABORALES PARA LA SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES, ESTUDIANTES Y PERSONAL EN COMISIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL"						
Nombre de Contratista	EQUIPOS CASABLANCA S A S			NIT/ CC	900.469.101-4		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	MÍNIMA CUANTÍA		
Cuenta Bancaria No.	455000107496	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de	Ahorros	X	Corriente
Garantia Cumplimiento (Si aplica) :	BCH-10003553S	Asegura dora (Si aplica):	CIA. MUNDIAL DE SEGUROS SA.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	25/06/2024		

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
VIGENCIA AÑO (2024)	185524	19/04/2024			267824	20/06/2024					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ -

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO (20	$ 29.413.360,00			$ 10.374.949,99	$ 19.038.410,01
TOTAL	$ 29.413.360,00	$ -	$ -	$ 10.374.949,99	$ 19.038.410,01

Nombre del Supervisor: Diana Marcela Rodríguez Gonzalez		Fecha de notificación: 26/06/2024
Plazo de ejecución: 6 meses	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Vigencia del Contrato:	27/06/2024	31/12/2024
Prorrogas:	En tiempo 1- 2- 3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales **EPS y Pensión y Riesgos Profesionales Planilla N°** – correspondiente al en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de **()**; 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/	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:
Pendiente la entrega de los EPP para liquidación de Contrato

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	Nº Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entid	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: DIANA MARCELA RODRIGUEZ GONZALEZ	
NÚMERO DE CEDULA:	52717479
CELULAR : 3158765316	CORREO: drodriguez@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	N/A	N/A
Acta de supervisión y/o Factura	N/A	N/A
Pago de Seguridad Social	N/A	N/A