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	
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	VERSIÓN: 10
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	02/12/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	NOVIEMBRE
No. de Contrato:	179-2024			**VALOR**	$58.000.000		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-154-2024-HOMIL						
Objeto	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE VIDRIOS, ESPEJOS Y/O PUERTAS, ELEMENTOS EN ALUMINIO, PUERTAS EN ACERO INOXIDABLE INCLUYENDO SUS ACCESORIOS Y A REQUERIMIENTO, PARA TODAS LAS AREAS QUE COMPONEN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	DECORGRAFF DIANA CAROLINA CASTAÑEDA GUARNIZO			**NIT/ CC**	52728877		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			**Modalidad de Contratación**	Selección abreviada subasta inversa		
Cuenta Bancaria No.	111770017111	**Banco:**	BANCO FALABELLA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	X	**Corriente**
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CO1.WRT.14487460	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS DEL ESTADO	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	06/06/2024		

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	167524	19/03/2024	2589		257524	23/05/2024	DG 53	29/11/2024		ALMACEN 1	$11.732.006,03
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$11.732.006,03**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DIEZ Y SEIS MILLONES CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL NOVESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE 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	$58.000.000,00			**$55.392.044,03**	$2.607.955,97
TOTAL CONTRATO	**$ 58.000.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 55.392.044,03**	**$ 2.607.955,97**

Nombre del Supervisor SARGENTO SEGUNDO RIOS ROJAS JOSE DAINER	**Fecha de notificación: JUNIO 20 DEL 2024**

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Plazo de ejecución	11/06/2024	15/12/2024
Vigencia del Contrato:	6 MESES	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/11/28y riesgos profesionales 2024/11/28 Planilla **N°1068401603**– correspondiente 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 (OCTUBRE); 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: N/A

NOTA 3 : N/A

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: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

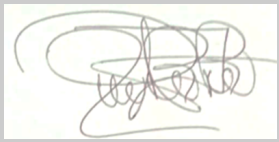
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO			No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO			FECHA DE MANTENIMIENTO		FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES :

NOTA 5: N/A

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: SARGENTO SEGUNDO JOSE DAINER RIOS ROJAS

NÚMERO DE CEDULA: CC.4,888,738

CELULAR : 311 3823521 **CORREO: jdrios@homil.gov.co**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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