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:	3/12/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**	**X**	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	NOVIEMBRE
No. de Contrato:	140-2024			**VALOR**	$ 60.000.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	142-2024						
Objeto	SUMINISTRO DE REPUESTOS PARA CAMAS HOSPITALARIAS Y CAMILLAS DE TRANSPORTE MARCA PINOS DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	**INDUSTRIA METALICA LOS PINOS**			**NIT/ CC**	800,244,270-1		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			**Modalidad de Contratación**	**MINIMA CUANTIA**		
Cuenta Bancaria No.	**00824427007**	**Banco:**	**BANCOLOMBIA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	3225734-9	**Aseguradora (Si aplica):**	**SEGUROS DEL ESTADO**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	23/05/2024		

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO 2024	165724	14/03/2024	2363	22/05/2024	234724	22/05/2024					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											-

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2024	**40.000.000**	**20.000.000**	0	**$ 39.962.711,00**	20.037.289
					$ -
					$ -
TOTAL CONTRATO	**$ 40.000.000,00**	**$ 20.000.000,00**	**$ -**	**$ 39.962.711,00**	**$ 20.037.289,00**

Nombre del Supervisor NELSON ENRIQUE VARGAS SABOGAL	**Fecha de notificación: 13/08/2024**

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Plazo de ejecución 180 Días	**23/05/2024**	**30/11/2024**
Vigencia del Contrato: VIGENCIA AÑO 2024		
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla N° – correspondiente al mes de agosto del 08/08/2024
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/ 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: EL SUPERVISOR SE PERMITE INFORMAR QUE EN EL PRESENTE MES NO INGRESO LOS REPUESTOS SE SOLICITARON CON LA ADICION PERO NO ALCANZO LA EMPRESA A TRAERLOS DENTRO DEL PLAZO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO, EL PRESENTE INFORME CORRESPONDE AL MES DE NOVIEMBRE 2024

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: NELSON ENRIQUE VARGAS SABOGAL	
NÚMERO DE CEDULA:	**80119540**
CELULAR : 3142755218	**CORREO: NEVARGAS@HOMIL.GOV.CO**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS