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:	1-nov-24	INFORME DE SUPERVISOR	NOIVEMBRE	TRAMITE PARA PAGO	NOVIEMBRE	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	SUPERVISION MES DE NOVIEMBRE 2024

No. de Contrato:	024-- 2024				VALOR	30.000.000			
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SMC 020-2024								
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO INCLUIDOS REPUESTOS NUEVOS NO REMANUFACTURADOS PARA UNIDADES DE INSTRUMENTAL QUIRUGICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRA								
Nombre de Contratista	MIL MEDICAL SAS				NIT/ CC				
Clase de Contrato	MANTENIMIENTO.				Modalidad de Contratación	SELECCIÓN MINIMA CUANTIA			
Cuenta Bancaria No.	944802484-01		Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	21-44-101437169	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	11-mar-24				

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	VALOR MAS IVA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO (Ej:2024)	146624	15/02/2024	1714	11/03/2024	170724	11/03/2024					
											0
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO					0						

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO (Ej:2024)	30.000.000			29.895.922	$ 104.078,00
TOTAL CONTRATO	$ 30.000.000,00	$ -	$ -	$ 29.895.922,00	$ 104.078,00

Nombre del Supervisor MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO		Fecha de notificación: MARZO 12 - 2024
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	MARZO 12 2024	NOVIEMBRE 30 - 2024
Vigencia del Contrato:	8 MESES 18 DIAS	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla N° correspondiente al mes de 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	AREA/ALMACEN DE INGRESO	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL MAS IVA	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	NUMERO DE PIEZAS	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

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	Enti	Valor	Entidad	Valor

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO		
NÚMERO DE CEDULA:	35418457	
CELULAR : 3125868271	CORREO: marcas1900@hotmail.com	

Escaneado con CamScanner