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:	31-10-2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	OCTUBRE

No. de Contrato:	078-2024	VALOR	$ 141.139.000,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-006-2024-HOMIL		
Objeto	SUMINISTRO DE KIT DE FLUORESCENCIA ENDOSCOPICA REQUERIDA PARA LA UNIDAD CLINICO QUIRURGICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	STRYKER COLOMBIA SAS	NIT/ CC	900403832-6
Clase de Contrato	SUMINISTRO	Modalidad de Contratación	Selección Abreviada de Menor Cuantía

Cuenta Bancaria No.	.0072753461	Banco:	Citybank Colombia S.A.	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	Póliza de cumplimiento No. 15-40-101271058	Aseguradora (Si aplica):	Seguros del Estado	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	15 de Noviembre de 2022			

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					
2024	145224	2/13/2024			2054	4/18/2024	FE66609	9/10/2024	ZE000000014446	FTS	$ 13.113.800,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	Trece Millones Ciento Trece Mil Ochocientos Pesos M/Cte										

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2024	$ 141.139.000,00	$ -	$ -	$ 26.227.600,00	$ 114.911.400,00
		$ -	$ -		$ -
		$ -	$ -		$ -
		$ -	$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -	$ -
TOTAL CONTRATO	$ 141.139.000,00	$ -	$ -	$ 26.227.600,00	$ 114.911.400,00

Nombre del Supervisor	William Sánchez Maldonado	Fecha de notificación:	31/10/2024
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
	4/26/2024	11/30/2024	
Vigencia del Contrato:	2024		
Prorrogas:	1-		
	2-		
	3-		

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales correspondiente al mes de Junio
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el contratista presento relación de bienes contratados, el cual es parte integral del presente documento 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 (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

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		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	William Sánchez Maldonado
NÚMERO DE CEDULA:	79341852
CELULAR :	CORREO: wsanchez@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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