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 DE NOVIEMBRE DE 2024	**INFORME DE SUPERVISOR**	**X**	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**NOVIEMBRE**

No. de Contrato:	032-2024	**VALOR**	12.000.000,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-033-2024-HOMIL		
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PARA LAS MAQUINAS DE COSER PLANAS Y MAQUINAS BORDADORAS DEL SERVICIO DE LAVANDERIA CON SUMINISTRO DE REPUESTOS NUEVOS ORIGINALES NO REMANUFACTURADOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LA OPTIMA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE LA ENTIDAD		
Nombre de Contratista	Automatización y Mantenimiento de Equipos S.A.S.	**NIT/ CC**	900749299
Clase de Contrato	Prestación de servicios	**Modalidad de Contratación**	MINIMA CUANTIA

Cuenta Bancaria No.	9120021146	**Banco:**	BANCO FINANDINA SA BIC	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**14-44-101221175**	**Aseguradora (Si aplica):**	**SEGUROS DEL ESTADO SA**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**17/10/2024**			

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					
2024	140724	2/02/2024	2884	10/07/2024	174124	13/03/2024					$ -
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)
2024	12.000.000,00			7.679.864,00	4.320.136,00
TOTAL CONTRATO	**$ 12.000.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 7.679.864,00**	**$ 4.320.136,00**

Nombre del Supervisor: SV. ROBERT LUIS OSPINO DE LA CRUZ	**Fecha de notificación:** 09/08/2024

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	18/03/2024	**15/12/2024**
Vigencia del Contrato:	vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión ____ y riesgos profesionales _____ Planilla N° _____– correspondiente al mes de Septiembre, 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 contratista presentó 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
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): EN EL MES DE **NOVIEMBRE** NO SE GENERÓ FACTURACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SV. ROBERT LUIS OSPINO DE LA CRUZ	**FIRMA**	
NÚMERO DE CEDULA:	**8645415**	
CELULAR : 3132472253	**CORREO: ROSPINO@HOMIL.GOV.CO**	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1