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	PAGINA 1 DE 2
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

Fecha:	6-12-24	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	octubre 2024

No. de Contrato:	069-2024	**VALOR**	$24.000.000,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-076-2024-HOMIL		
Objeto	SUMINISTRO DE ARREGLO FLORALES PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	NELSON EMILIO POVEDA ACOSTA	**NIT/ CC**	79157181-7
Clase de Contrato	OTRO	**Modalidad de Contratación**	MINIMA CUANTIA

Cuenta Bancaria No.	67404566722	**Banco:**	BANCOLOMBIA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	X	**Corriente**
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	NB-100316838	**Aseguradora (Si aplica):**	MUNDIAL DE SEGUROS	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	10-4-2024		

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	156524	09-04-2024									
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$0

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TRES MILLONES DOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS 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	$24.000.000	$0	$0	$15.623.510	$8.376.490
TOTAL CONTRATO	$ 24.000.000,00	$0	$0	$15.623.510	$8.376.490

Nombre del Supervisor: Sandra Patricia Galeano Camacho	**Fecha de notificación: 13 DE JUNIO DE 2024**	
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	11-4-2024	31-12-2024
Vigencia del Contrato:	31-12-24	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Para el mes de Octubre no se presento factura para tramite de pago
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de acuerdo a las certificaciones antes relacionadas; así mismo certifico que el 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 (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.

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: SANDRA PATRICIA GALEANO CAMACHO

NÚMERO DE CEDULA: 63435664

CELULAR : 3202309829 **CORREO:** sgaleano@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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

Escaneado con CamScanner