| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05 |
|---|---|---|
| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | 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:** | 31/12/2024 | **INFORME DE SUPERVISOR** | X | **TRAMITE PARA PAGO** | | **MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O** | |
| **No. de Contrato:** | 412/2023 | | | **VALOR** | **$ 574.385.363,00** | | |
| **N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual** | **LP-018-2023-HOMIL** | | | | | | |
| **Objeto** | " SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE CURACIÓN DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS 2023-2026 SE LE ADJUDICA EL LOTE 38". | | | | | | |
| **Nombre de Contratista** | ORDENES Y SUMINISTROS SAS | | | **NIT/ CC** | **900147252** | | |
| **Clase de Contrato** | SUMINISTRO | | | **Modalidad de Contratación** | **Licitación pública** | | |
| **Cuenta Bancaria No.** | **450800161215** | **Banco:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **Tipo de Cuenta:** | **Ahorros** | **X** | **Corriente** |
| **Garantía Cumplimiento (Si aplica) :** | **21-44-101432531; RC 21-40101224157** | **Aseguradora (Si aplica):** | **SEGUROS DEL ESTADO SA** | **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** | **21/12/2023** | | |

| 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 | | | | | |
| AÑO 2024 | 85424 | 9/01/2024 | | | 85424 | 9/01/2024 | OYSB39393 | 3/12/2024 | ZE000000015616 | FTS | $ 27.052.080,00 |
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO** | | | | | | | | | | | **$ 27.052.080,00** |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:** **VEINTI SIETE MILLONES CINCUENTA Y DOS MIL OCHENTA PESOS M/CTE**

| VIGENCIA | VR. CONTRATO (A) | VR. ADICION (B) | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C ) | VR. EJECUTADO (D ) | SALDO CONTRATO (A+B-C-D) |
|---|---|---|---|---|---|
| AÑO 2023 | $ 8.270.681,00 | | | $ 8.270.681,00 | $ - |
| AÑO 2024 | $ 140.747.973,00 | $ 191.461.787,00 | | $ 331.701.219,00 | $ 508.541,00 |
| AÑO 2025 | $ 146.114.475,00 | | | $ - | $ 146.114.475,00 |
| AÑO 2026 | $ 87.790.447,00 | | | $ - | $ 87.790.447,00 |
| TOTAL CONTRATO | $ 382.923.576,00 | $ 191.461.787,00 | $ - | $ 339.971.900,00 | $ 234.413.463,00 |

| | |
|---|---|
| **Nombre del Supervisor** **JANNETHE NOVOA CUCARIAN** | **Fecha de notificación: 04/07/2024** |

| | | |
|---|---|---|
| **Plazo de ejecución** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINACION** |
| | **20/12/2023** | **31/07/2026** |
| **Vigencia del Contrato:** | **31/07/2026** | |
| **Prorrogas:** | **En tiempo** | |
| | **1-** | |
| | **2-** | |
| | **3-** | |

**NOTA 1:** En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de acuerdo con la normatividad vigente y obligaciones contractuales. . 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 | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | | | | | | | | | | | | | | |

**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 | Entidad | Valor | Entidad | Valor |
| N/A | N/A | N/A | | | | | | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:** | **JANNETHE NOVOA CUCARIAN** | **FIRMA** | |
| **NÚMERO DE CEDULA: 39.795.444** | | | |
| **CELULAR :** | | **CORREO: jnovoa@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 | | |