

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: 30-05-2024											
			MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10											
			PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES																
			SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI					PAGINA 1 DE 2											
Fecha:	31/7/2024		INFORME DE SUPERVISOR		X		TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		JULIO 2024								
No. de Contrato:	158-2024					VALOR		\$171.000.000											
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-001-2024-HOMIL																		
Objeto	"ADQUISICIÓN, PREINSTALACIÓN E INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA EL SERVICIO DE SALAS DE CIRUGÍA, UCI PEDIÁTRICA HOSPITALIZADOS, CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS PERTENECIENTES AL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LA VIGENCIA 2024". - (LAMPARAS CIALITICAS).																		
Nombre de Contratista	XINGMEDICAL SAS					NIT/ CC		900315100											
Clase de Contrato	Compraventa					Modalidad de Contratación		Licitación pública											
Cuenta Bancaria No.	550007700689966		Banco:	Davivienda		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X		Corriente									
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :			Aseguradora (Si aplica):			Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):													
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													
VIGENCIA AÑO (Ej:2024)	249124	30/05/2024	2512	30/05/2024	151524	23/04/2024	N/A		N/A	N/A	N/A	0							
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO												0							
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (Ej: Cuarenta y seis millones cuatrosientos sesenta y nueve mil novecientos sesenta y un 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 (Ej:2023)	\$171.000.000		N/A			N/A			0		0								
TOTAL CONTRATO												\$	171.000.000,00	\$	-	\$	-	\$	-
Nombre del Supervisor : FABIAN MONTOYA MOLINA														Fecha de notificación: 04/06/2024					
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION												
		4/6/2024					30/09/2024												
Vigencia del Contrato:		120 Días																	
Prorrogas:		En tiempo																	
		1-																	
		2-																	
		3-																	
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión AAAA/MM/DD y riesgos profesionales AAAA/MM/DD Planilla N° xxxx – correspondiente al mes de XXXX en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (XXXX); 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 reacionado 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): PARA EL MES DE JULIO DE 2024 NO HUBO FACTURACION.																			
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: FABIAN MONTOYA MOLINA			FIRMA						
NÚMERO DE CEDULA: 16.931.969									
CELULAR : 3186966885			CORREO: fmontoya@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									