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: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	VERSIÓN: 10
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	11/12/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**DICIEMBRE**

No. de Contrato:	UCLB - 080-2023	**VALOR**	$ 305.000.000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SASS - 005 - 2023 - HOMIL		
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REALIZACIÓN DE MANOMETRÍAS ANORECTALES DE ALTA RESOLUCIÓN (POBLACIÓN PEDIÁTRICA), MANOMETRÍAS ESOFÁGICAS DE ALTA RESOLUCIÓN (POBLACIÓN PEDIÁTRICA), MANOMETRIAS ANORECTALES DE ALTA RESOLUCION (POBLACION ADULTOS) FIBROSCAN, PHMETRÍAS DE 24 HORAS (POBLACIÓN ADULTA Y PEDIÁTRICA) CON Y SIN IMPEDANCIOMETRÍA, PARA USUARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	PATRICIA E ALVAREZ IPS LCM S.A.S	**NIT/ CC**	901.039.135
Clase de Contrato	Prestación de servicios	**Modalidad de Contratación**	SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA

Cuenta Bancaria No.	035023639	**Banco:**	ITAU	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 62-46-101005104 / 62-54-101000390(RC)	**Aseguradora (Si aplica):** SEGUROS DEL ESTADO	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** 24/03/2023

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					
2023	211224	1/11/2023			308924	27/02/2023	ENTI 10095	27/11/2024	N/A	N/A	$ 19.267.970
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 19.267.970**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Diecinueve millones doscientos sesenta y siete mil novecientos setenta pesos m/cte

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2023	$ 250.000.000	75.000.000	20.000.000	$ 273.146.344,00	31.853.656
TOTAL CONTRATO	**$ 250.000.000,00**	**$ 75.000.000,00**	**$ 20.000.000,00**	**$ 273.146.344,00**	**$ 31.853.656,00**

Nombre del Supervisor : HAROLDO HERNANDO JULIAO NACITH	**Fecha de notificación:** 27/02/2023

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	27/03/2023	31/12/2024
Vigencia del Contrato:		
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago aportes seguridad social y parafiscales de acuerdo a certificación de noviembre de 2024
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (noviembre); 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 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

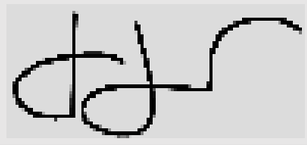
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO		No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO				FECHA DE MANTENIMIENTO		FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES: factura de servicios prestados mes de septiembre

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: HAROLDO HERNANDO JULIAO NACITH	**FIRMA**	

NÚMERO DE CEDULA:	3715103
CELULAR :	**CORREO:** hjuliao@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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