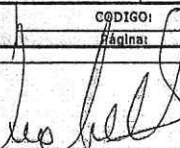
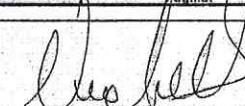


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05						
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024						
		MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10						
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES												
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI						PAGINA 1 DE 2						
Fecha:	17/12/2024	INFORME DE SUPERVISIÓN	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	DICIEMBRE 2024							
No. de Contrato:	259-2024		VALOR		\$ 369.643.560,00									
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-043-2024-HOMIL													
Objeto	SUMINISTRO DE MATERIAL RADIATIVO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS, GAMAGRAFÍAS DE LOS DIFERENTES ÓRGANOS Y SISTEMAS													
Nombre de Contratista	COMCI SAS		NIT/ CC		830.014.072-2									
Clase de Contrato	SUMINISTRO		Modalidad de Contratación		SELECCIÓN ABREVIADA. MENOR CUANTÍA									
Cuenta Bancaria No.	03240755-3	Banco:	BANCO DE BOGOTÁ		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X						
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 21-44-101447364		Aseguradora (Si aplica): SEGUROS DEL ESTADO SA		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 14/08/2024										
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 OBLIGACION			
2024	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No. 179124	FECHA 5/08/2024	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No. 302324	FECHA CRP 5/08/2024	FE 38191	4/12/2024	OBLIGACIÓN N° 27870	Farmacias de Tecnologías en Salud	\$ 8.291.027			
							FE 38192	4/12/2024	OBLIGACIÓN N° 27865	Farmacias de Tecnologías en Salud	\$ 31.880.214			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO \$ 40.171.241														
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUARENTA MILLONES CIENTO SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS CUARENTA 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)						
2024	\$ 369.643.560,00					\$ 183.101.509		\$ 186.542.051,00						
TOTAL CONTRATO \$ 369.643.560,00 \$ - \$ - \$ 183.101.509,00 \$ 186.542.051,00														
Nombre del Supervisor Nubia Rojas Rodríguez						Fecha de notificación: 01/08/2024								
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO 15/08/2024				FECHA DE TERMINACION 31/12/2024								
Vigencia del Contrato:		Vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.												
Prorrogas:		En tiempo												
1-		31/03/2025												
2-														
3-														
<p>NOTA 1: En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social mediante certificación de fecha 05 de diciembre de 2024 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 documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION.</p> <p>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.</p> <p>NOTA 3: Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detallada el cuadro relacionado a continuación:</p>														
REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACÉN	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):														

Recibido
Anexo
13-12-24

NOTA 51: 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	Nº 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: Nubla Rojas Rodríguez					FIRMA 			
NÚMERO DE CEDULA:			52331859					
CELULAR: EXT: 5390			CORREO: nrojas@homil.gov.co					
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:								
DOCUMENTOS			SI		Nº FOLIOS			
Informe de Actividades con sus soportes			X		1			
Acta de supervisión y/o Factura			X		1			
Pago de Seguridad Social			X		1			