| 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:** | 28/06/2024 | **INFORME DE SUPERVISOR** | X | **TRAMITE PARA PAGO** | | **MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME** | JUNIO 2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. de Contrato:** | 146-2024 | **VALOR** | $ 100.000.000 |
| **N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual** | SA-015-2024-HOMIL | | |
| **Objeto** | MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO CON INCLUSION DE REPUESTOS NUEVOS NO REMANUFACTURADOS DEL LAS PLANTAS ELECTRICAS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL | | |
| **Nombre de Contratista** | NKH ELECTRONICA SAS | **NIT/ CC** | 900.944.696 |
| **Clase de Contrato** | PRESTACION DE SERVICIOS | **Modalidad de Contratación** | Selección abreviada menor cuantía |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cuenta Bancaria No.** | 456469999118 | **Banco:** | DAVIVIENDA | **Tipo de Cuenta:** | **Ahorros** | | **Corriente** | **X** |

| | | |
|---|---|---|
| **Garantía Cumplimiento (Si aplica):** 11-44-101226428 | **Aseguradora (Si aplica):** SEGUROS DEL ESTADO S.A. | **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** 29/05/2024 |

| 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 | | | | | |
| VIGENCIA 2024 | 164924 | 12/03/2024 | | | 244324 | 28/05/2024 | JUNIO DE 2024 | | | | |
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO** | | | | | | | | | | | **$ 0** |
| **VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:** | | | | | | | | | | | |

| VIGENCIA | VR. CONTRATO (A) | VR. ADICION (B) | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C ) | VR. EJECUTADO (D ) | SALDO CONTRATO (A+B-C-D) |
|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA 2024 | $ 100.000.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 100.000.000 |
| **TOTAL CONTRATO** | **$ 100.000.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ -** | **$ 100.000.000** |

| | |
|---|---|
| **Nombre del Supervisor:** TF SANTIAGO ANDRES ROJAS MORENO | **Fecha de notificación:** 20/06/2024 |

| | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|
| **Plazo de ejecución:** | **30/05/2024** | **15/12/2024** |
| **Vigencia del Contrato:** | 9 MESES | |
| **Prorrogas:** | **En tiempo** | |
| | **1-** | |
| | **2-** | |
| | **3-** | |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y riesgos profesionales.

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social; 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

**OBSERVACIONES** (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

Durante el mes de junio de 2024 no se realizaron mantenimientos por tanto no hay facturación.

**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.

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

| INFORMACIÓN GENERAL | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Entidad | N° Planilla | Fecha de pago | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS PROFESIONALES | |
| | | | Entidad | Valor | Entidad | Valor | Entidad | Valor |
| | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:** TF SANTIAGO ANDRES ROJAS MORENO | | **FIRMA** |  |
| **NÚMERO DE CEDULA:** | 1.015.446.520 | | |
| **CELULAR :** 314 380 0318 | | **CORREO:** sarojas@homil.gov.co | |

**DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:**

| DOCUMENTOS | SI | N° FOLIOS |
|---|---|---|
| Acta de supervisión y Factura | X | 1 |