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:	30/08/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	AGOSTO DE 2024

No. de Contrato:	058-2024	**VALOR**	$ 25.000.000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-060-2024-HOMIL		
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y LOS CORRECTIVOS QUE SEAN NECESARIOS INCLUIDO REPUESTOS NUEVOS PARA LAS AUTOCLAVE MARCA TUTTNAUER TMAX8 DEL ÁREA DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	NODOMED S.A.S	**NIT/ CC**	901.018.425
Clase de Contrato	Prestación de servicios	**Modalidad de Contratación**	Mínima cuantía

Cuenta Bancaria No.	04974955593	**Banco:**	BANCOLOMBIA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**	

Garantía Cumplimiento (Si aplica): 11-44-101222152 | **Aseguradora (Si aplica):** SEGUROS DEL ESTADO S.A. | **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** 27/032024

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	158924	29/02/2024			184524	26/03/2024	AGOSTO DE 2024				$ 0
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	$ 25.000.000	$ 0	$ 0	$ 12.182.624	$ 12.817.376
TOTAL CONTRATO	**$ 25.000.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 12.182.624**	**$ 12.817.376**

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

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Plazo de ejecución:	**6/03/2024**	**15/12/2024**
Vigencia del Contrato:	10 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

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):

Durante el mes de agosto de 2024 se iniciaron los trabajos de mantenimiento correctivo.

La facturacion se realiza al terminar los trabajos.

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

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