HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISION 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	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	26/12/2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Diciembre de 2024
No. de Contrato:	332/2024			VALOR	$ 17.483.004,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-261-2024-HOMIL						
Objeto	INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, JURIDICA, FINANCIERA, CONTABLE Y AMBIENTAL PARA EL MANTENIMIENTO PERIODICO DE LAS INSTALACIONES DEL EDIFICIO PRINCIPAL, EDIFICIO FE EN LA CAUSA Y EDIFICIO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL NIVEL III Y IV.						
Nombre de Contratista	CONIMASTER S.A.S.			NIT/ CC	901.329.522-5		
Clase de Contrato	INTERVENTORÍA			Modalidad de Contratación	MÍNIMA CUANTÍA		
Cuenta Bancaria No.	21004012204	Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 14-44-101220401		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 07/10/2024			

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					
2024	348724	04/10/2024					FC 83	14/11/2024	N/A	N/A	$ 6.243.930,
							FC 93	03/12/2024	N/A	N/A	$ 6.243.930,
							FC 98	26/12/2024	N/A	N/A	$ 5.619.537,
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO :											$ 5.619.537,

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Cinco millones seiscientos diecinueve mil quinientos treinta y siete 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	$ 17.483.004,00	$ 8.741.502,00		$ 18.107.397,00	$ 8.117.109,
TOTAL CONTRATO	$ 17.483.004,00	$ 8.741.502,00	$ -	$ 18.107.397,00	$ 8.117.109,

Nombre del Supervisor : PD. TATIANA MARCELA RAMOS PERDOMO	Fecha de notificación: 07/10/2024	
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	07/10/2024	28/12/2024
Vigencia del Contrato:	Igual al plazo de ejecución y seis meses más.	
Prorrogas:	En tiempo	
	1- Prórroga: Del 29/12/2024 hasta el 06/02/2025.	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de Parafiscales, EPS, Pensión y Riesgos Profesionales el **16/12/2024,** Planillas N°82298668 y 82297043 – correspondiente al mes de Diciembre de 2024 de Salud y Noviembre 2024 pensión. En mi condición d supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes noviembre de 2024; así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de biene 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	NUMERO 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

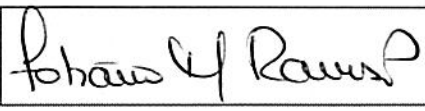
OBSERVACIONES: Debido a que la mayor parte del mantenimiento se ejecutó sobre el edificio principal, la supervisión recomineda cargar a este edificio el valor de la interventoría.

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.

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

Diana Peña
31-12-24

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: TATIANA MARCELA RAMOS PERDOMO	FIRMA:	

NÚMERO DE CEDULA:	53.529.269		
CELULAR :	3202713373	CORREO:	tramos@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	
Acta de supervisión y/o Factura	X	2
Pago de Seguridad Social	X	1
Certificación Bancaria		