

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						PAGINA 1 DE 2						
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI												
Fecha:	2/1/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X		TRAMITE PARA PAGO			PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	DICIEMBRE/2024					
No. de Contrato:	051-2024				VALOR			\$ 57.888.000						
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-025-2024-HOMIL													
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMO SISTEMA DE RADIOFRECUENCIA PERCUTÁNEA, PARA EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.													
Nombre de Contratista	EXEL MEDICAL SAS				NIT/ CC	900127147								
Clase de Contrato	OTRO				Modalidad de Contratación	SUMINISTROS								
Cuenta Bancaria No.	384084307		Banco:	Banco de Bogotá		Tipo de Cuentas:	Ahorros		Corriente	X				
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 1500157997501		Aseguradora (Si aplica): SEGUROS BOLIVAR		Fecha de aprobación de la Garantía: 20/06/2024										
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL														
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
VIGENCIA AÑO 2024	184024	3/22/2024	N/A	N/A	184024	3/22/2024	N/A	N/A	N/A	N/A	0			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO N/A														
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: N/A														
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)			REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)			VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)			
VIGENCIA AÑO 2024	\$57.888.000		N/A			\$28.944.000			\$8.195.000		\$20.749.000			
TOTAL CONTRATO	\$ 57.888.000		\$ -			\$ 28.944.000			\$ 8.195.000		\$ 20.749.000			
Nombre del Supervisor: LEONARDO ANDRES CHACON ZAMBRANO														
Fecha de notificación: 2/04/2024														
FECHA DE INICIO														
FECHA DE TERMINACION														
Plazo de ejecución		4/1/2024				12/30/2024								
Vigencia del Contrato:		Plazo de ejecución y seis meses más												
		En tiempo												
		1-seis meses												
		2-												
		3-												
Prorrogas:														
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión AAAA/MM/DD y riesgos profesionales AAAA/MM/DD Planilla N° xxxx – correspondiente al mes de XXXX en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (XXXX); 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: DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DE 2024 NO HUBO MOVIMIENTOS AL CONTRATO 051-2024														
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	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 (E): MD. LEONARDO ANDRES CHACON														
FIRMA														
														
NÚMERO DE CEDULA:	91540063													
CELULAR : 3186966885	CORREO: lchacon@homil.gov.co													
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:														

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		