

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:	30/11/2024		INFORME DE SUPERVISOR		X		TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		NOVIEMBRE/2024						
No. de Contrato:	051-2024				VALOR		\$ 57.888.000										
N° 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 Cuenta:	Ahorros		Corriente	X					
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 1500157997501			Aseguradora (Si aplica): SEGUROS BOLIVAR			Fecha de aprobación de la Garantía: 20/06/2024											
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 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			0											
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	\$ 57.888.000,00		\$ -			\$ 28.944.000,00			\$ 8.195.000,00		\$ 20.749.000,00						
Nombre del Supervisor: MD.LEONARDO ANDRES CHACON ZAMBRANO						Fecha de notificación: 2/04/2024											
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO						FECHA DE TERMINACION								
			4/1/2024						12/30/2024								
Vigencia del Contrato:			Plazo de ejecución y seis meses más														
Prorrogas:			En tiempo														
			1-seis meses														
			2-														
			3-														
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 NOVIEMBRE 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	N° 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 : MD. LEONARDO ANDRÉS CHACON						FIRMA			
NÚMERO DE CEDULA:		91540063							
CELULAR : 3186966885				CORREO: lchacon@homil.gov.co					
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:									
DOCUMENTOS						SI	N° FOLIOS		
Informe de Actividades con sus soportes									
Acta de supervisión y/o Factura									
Pago de Seguridad Social									