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: 19-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	2/10/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	SEPTIEMBRE
No. de Contrato:	246-2024			**VALOR**	$ 65.000.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	040-2024						
Objeto	SUMINISTRO DE REPUESTOS Y/O ACCESORIOS NUEVOS ORIGINALES NO REMANOFACTURADOS PARA LAS CAMAS Y CAMILLAS Y LOS EQUIPOS BIOMEDICOS DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	**NOVATECNICA SAS**			**NIT/ CC**	900.412.189-6		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			**Modalidad de Contratación**	**MINIMA CUANTIA**		
Cuenta Bancaria No.	**03191326511**	**Banco:**	**BANCOLOMBIA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	14-44-101206942	**Aseguradora (Si aplica):**	**SEGUROS DEL ESTADO**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	5/08/2024		

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	**156424**	**26/02/2024**	3025	**4/04/2024**	**299324**	26/02/2024	**NFE902**	**22/08/2024**	**BE000000003294**	**BIENES DE CONSUMO**	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**-**

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VR. EJECUTADO (D)**	**SALDO CONTRATO (A+B-C-D)**
VIGENCIA AÑO 2024	**65.000.000**	0	0	**$ 14.105.784,00**	$ 50.894.216,00
					$ -
					$ -
TOTAL CONTRATO	**$ 65.000.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 14.105.784,00**	**$ 50.894.216,00**

Nombre del Supervisor NELSON ENRIQUE VARGAS SABOGAL	**Fecha de notificación: 13/08/2024**

Plazo de ejecución 180 Días	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	5/08/2024	**30/11/2024**
Vigencia del Contrato: VIGENCIA AÑO 2024		
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla N° – correspondiente al mes de agosto del 08/08/2024
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (); 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: EL SUPERVISOR SE PERMITE INFORMAR QUE EN EL PRESENTE MES NO SE REALIZARON INGRESOS DE REPUESTOS, EL PRESENTE INFORME CORRESPONDE AL MES DE SEPTIEMBRE 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: NELSON ENRIQUE VARGASSABOGAL	
NÚMERO DE CEDULA:	**80119540**
CELULAR : 3142755218	**CORREO: NEVARGAS@HOMIL.GOV.CO**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	**SI**	**N° FOLIOS**