HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	O: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024
	L: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	SO: 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	OCTUBRE- NOVIEMBRE- DICIEMBRE
No. de Contrato:	292-2024			VALOR	$ 180.000.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	053-2024 HOMIL						
Objeto	ALQUILER DE EL EQUIPO DE NEUROMONITOREO PARA EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	IMQUIRURGICOS			NIT/ CC	900.820.009		
Clase de Contrato	SUMINISTROS			Modalidad de Contratación	SELECCION ABREVIADA		
Cuenta Bancaria No.	850004351	Banco:	BBVA	Tipo de Cuenta:	Ahorros x	Corriente	
Garantía Cumplimiento : 21-44-101449471		Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A		Fecha de aprobación de la Garantía: 28/08/2024			

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	
2024	190124	26/04/2024	190124	26/4/2024	317524	27/8/2024	IMQE10104	22/10/2024			$	5.652.500,00
							IMQE10116	24/10/2024			$	5.652.500,00
							IMQE10117	24/10/2024			$	4.922.530,00
							IMQE10154	29/10/2024			$	4.922.530,00
							IMQE10273	6/11/2024			$	3.640.656,00
							IMQE10182	1/11/2024			$	4.922.530,00
							IMQE10339	14/11/2024			$	5.652.500,00
							IMQE10340	14/11/2024			$	5.652.500,00
							IMQE10421	22/11/2024			$	4.922.530,00
							IMQE10486	29/11/2024			$	4.922.530,00
							IMQE10497	2/12/2024			$	4.922.530,00
											$	55.785.836,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CINCUENTA Y CINCO MILLOMES SETESIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL OCHOSIENTOS TREINTAY SEIS MIL 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	$ 180.000.000,00			$ 160.749.712,00	$ 19.250.288,00
TOTAL CONTRATO	$ 180.000.000,00		$ -	$ 160.749.712,00	$ 19.250.288

Nombre del Supervisor SINDY MARIA AMAYA MARQUEZ	1/1/2024	
	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	30/8/2024	
Vigencia del Contrato:	PLAZO DE EJECUCION CINCO MESES	
	En tiempo	
	1-	
	2-	
3-		

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión riesgos profesionales 1/10/2024 correspondiente al mes de OCTUBRE, 1/11/2024 CORRESPONDIENTE AL MES DE NOVIEMBRE Y 1/12/2024 Correspondiente al mes de DICIEMBRE en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de OCTUBRE 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:

NOTA 3 :

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:

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: LA EJECUCION DEL CONTRATO SE PRESENTO DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS, POR ERROR Y FALTA DE INFORMACION NO SE PRESENTARON LOS INFORMES DE SUPERVISION A TIEMPO

NOTA 5: .

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
		Página:	2 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SINDY MARIA AMAYA MARQUEZ	FIRMA Sindy Amaya
NÚMERO DE CEDULA: 52,395,857	
CELULAR : 3125820171	CORREO:SAMAYAM@HOMIL.GOV.CO

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Formato de ingreso	X	
Acta de supervisión y/o Factura	X	
Pago de Seguridad Social	X	
Certificacion revisor Fiscal	X	
Certificacion Bar		
	X	X