HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 19-05-202
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	10/12/2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	N DE SERVICIO	DICIEMBRE

No. de Contrato:	007-2024	VALOR	$ 25.000.000,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-004-2024-HOMIL		
Objeto	CONTRATACION DE LABORATORIO DENTAL EN EL SERVICIO DE SALUD ORAL Y CIRUGIA MAXILOFACIAL PARA ELABORACION DE PROTESIS DENTALES PARA LA REHABILITACION INTEGRAL DE LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	LUIS HERNANDO LEYVA NEIRA	NIT/ CC	19.352.271
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIO	Modalidad de Contratación	MINIMA CUANTIA

Cuenta Bancaria No.	006100588406	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	14-44-101204483	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	28/2/2024

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					
AÑO 2024	140324	21/2/2024			151224	21/2/2024	4101	6/12/2024			$ 1.355.000
							4102	6/12/2024			$ 35.000
							4103	6/12/2024			$ 35.000
							4104	6/12/2024			$ 35.000
							4105	6/12/2024			$ 516.000
							4108	6/12/2024			$ 3.592.000
							4109	6/12/2024			$ 3.351.000
							4110	6/12/2024			$ 422.000
							4111	6/12/2024			$ 211.000
							4113	6/12/2024			$ 797.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 10.349.000

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DIEZ MILLONES TRECIENTOS CUARENTA Y NUEVE 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)
VIGENCIA AÑO 2024	25.000.000			$ 17.659.000,00	$ 7.341.000,(
					$ -
					$ -
TOTAL CONTRATO	$ 25.000.000,00	$ -	$ -	$ 17.659.000,00	$ 7.341.000,(

Nombre del Supervisor	CARLOS GREGORIO TORRES RESTREPO	Fecha de notificación: 28/02/2024

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	28/2/2024	31/12/2024
Vigencia del Contrato:	: La vigencia será igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	

	3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Noviembre correspondiente al mes de **Noviembre 2024** en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista radico las facturas para pago

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

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: CARLOS GREGORIO TORRES RESTREPO



NÚMERO DE CEDULA:	**1020771175**
CELULAR : 3204080181	**CORREO: catorres@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	x	
Pago de Seguridad Social		