HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CODIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	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:	02/12/2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Noviembre de 2024

No. de Contrato:	216/2024			**VALOR**	$ 399.999.375,56				
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-033-2024-HOMIL								
Objeto	MANTENIMIENTO, ADECUACION, MEJORAMIENTO Y REPARACIONES LOCATIVAS, DE LAS INSTALACIONES DEL PARQUEADERO PÚBLICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.								
Nombre del Contratista	G.M. INGENIERÍA Y CONCRETO S.A.S.			**NIT/ CC**	**901.263.698-7**				
Clase de Contrato	OBRA			**Modalidad de Contratación**	SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTÍA				
Cuenta Bancaria No.	04200000874	**Banco:**	BANCOLOMBIA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	X	**Corriente**		
Garantía Cumplimiento: 30-44-101058683 30-40-101021527	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** 27/06/2024						

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					
2024	272024	27/06/2024					FA 66	24/09/2024	N/A	N/A	$ 215.306.532,00
							FA 67	21/11/2024	N/A	N/A	$ 104.692.968,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO :											
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:											

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2024	$ 399.999.375,56			$ 319.999.500,00	$ 79.999.875,56
TOTAL CONTRATO	**$ 399.999.375,56**	**$ -**	**$ -**	**$ 319.999.500,00**	**$ 79.999.875,56**

Nombre del Supervisor : PD. TATIANA MARCELA RAMOS PERDOMO	**Fecha de notificación:** 05/08/2024	
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	08/07/2024	08/11/2024
Vigencia del Contrato:	**Igual al plazo de ejecución y seis meses más.**	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1- Hasta el 29/11/2024	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de Parafiscales, EPS, Pensión y Riesgos Profesionales el **21/11/2024,** Planilla N° **81333328 –** correspondiente a los meses de octubre-noviembre de 2024. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de los meses de octubre-noviembre de 2024; 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. Como supervisior se deja constancia que el contratista dentro del tiempo de ejecución del contrato, no entregó a satisfacción las actividades del mismo, por lo cual se pasó el respectivo informe a la Oficina Asesora Jurídica del Hospital por Presunto Incumplimiento.

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	NUMERO 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

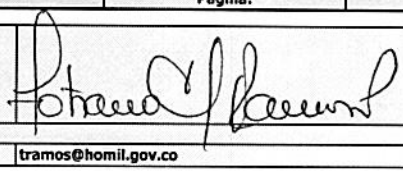
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): Informe de supervisión, no hay afectación presupuestal en el periodo.

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	
			Entid	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: TATIANA MARCELA RAMOS PERDOMO		FIRMA:	
NÚMERO DE CEDULA:	53.529.269		
CELULAR :	3202713373	CORREO:	tramos@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	1
Pago de Seguridad Social	X	2
Certificación Bancaria	X	