HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: 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:	31/03/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	**MARZO DE 2025**
No. de Contrato:	**019-2025**			**VALOR**	**$ 26.427.825**		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	**PROCESO DE SELECCIÓN MÍNIMA CUANTÍA MC-009-2025-HOMIL**						
Objeto	"SUMINISTRO DE TUBOS COLORIMÉTRICOS PARA LOS ANALISIS DE CONTROL DE CALIDAD DE AIRE MEDICINAL EN PRODUCCIÓN Y EN PUNTOS DE USO EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL."						
Nombre de Contratista	**PHARMACEUTICAL SUPPLY CHAIN S.A.S.**			**NIT/ CC**	**900.270.461-4**		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			**Modalidad de Contratación**	**SELECCIÓN MÍNIMA CUANTÍA**		

Cuenta Bancaria No.	´450200049929	**Banco:**	**DAVIVIENDA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**Aseguradora (Si aplica):**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**

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 (Ej:2025)	160625	17/03/2025									
VIGENCIA AÑO ()											
VIGENCIA AÑO ()											
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 0**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: **CERO PESO S**

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2025	$ 26.427.825		$ -	**$ 0**	$ 26.427.825
VIGENCIA AÑO 2026	$ 0				
TOTAL CONTRATO	**$ 26.427.825,00**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ 26.427.825**

Nombre del Supervisor: Alexander Ramírez Sanchez	**Fecha de notificación: 26/03/2025**

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	5/03/2025	31/12/2025
Vigencia del Contrato:		
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/01/02 y riesgos profesionales 2025/01/02 Planilla N° xxxx, correspondiente al mes de ENERO, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (ENERO); 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 La factura 2101214331 (consecutivo 2587) por un total de $23.469.821 correspondiente al compromiso/reserva 241027.

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: Alexander Ramírez Sanchez	FIRMA	

NÚMERO DE CEDULA:	79384568

CELULAR : 3204196442	CORREO: alramirez@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	4
Pago de Seguridad Social	X	2