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:	1-mar-25	INFORME DE SUPERVISOR	1-mar-25	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	mar-25

No. de Contrato:	379-2024	VALOR	103.311.526
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SI 015-2024		
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS REQUERIDOS PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LA SUBDIRECCION MEDICA		
Nombre de Contratista	KAIKA SAS	NIT/ CC	860.001.911-1
Clase de Contrato	SUMINISTRO	Modalidad de Contratación	SUBASTA INVERSA

Cuenta Bancaria No.	OO7120199	Banco:	ITAU	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CMZ 100007635	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL	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	VALOR MAS IVA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO (Ej:2024)	215924	8/08/2024	4933	27/12/2025	488324 85724	27/12/2024					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											

SALDO DEL CONTRATO: 103.311.526

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO (Ej:2025)	103.311.526	0	60.000.000	0	
TOTAL CONTRATO	$ 103.311.526,00	$ -	$ 60.000.000,00	$ -	$ 43.311.526,00

Nombre del Supervisor MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO		Fecha de notificación: ABRIL 26 - 2024
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	26/04/2024	30/09/2024
Vigencia del Contrato:	5 MESES 4 DIAS	
Prorrogas:	En tiempo	
	1- 30 JULIO 2024	
	2- 30 SEPTIEMBRE 2024	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla N° – correspondiente al mes SEPTIEMBRE 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	AREA/ALMACEN DE INGRESO	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL MAS IVA	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
INTERIRO DE CARGA PARA AUTOCLAVE (DOS)	85365		CENTRAL DE ESTERILIZACION					
CARRO MANUAL CARGA Y DESCARGA AUTOCLAVE (DOS)	75011		CENTRAL DE ESTERILIZACION					

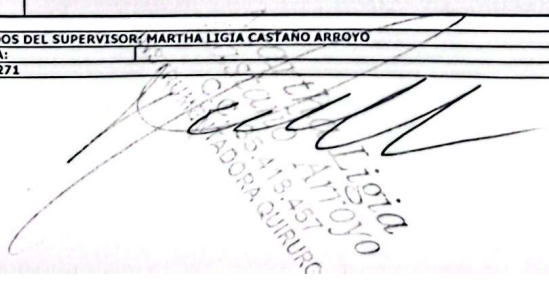
OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): SE RECIBEN A SATISFACCION Y SE ENTREGAN A CENTRAL DE ESTERILIZACION

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: MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO	
NUMERO DE CEDULA:	35418457
CELULAR : 3125868271	CORREO: marcas1900@hotmail.com



Powered by CamScanner