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:	30-04-2024	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE**	abril 2024

No. de Contrato:	069-2024	VALOR	########
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-076-2024-HOMIL		
Objeto	SUMINISTRO DE ARREGLO FLORALES PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	NELSON EMILIO POVEDA ACOSTA	**NIT/ CC**	79157181-7
Clase de Contrato	OTRO	**Modalidad de Contratación**	MINIMA CUANTIA

Cuenta Bancaria No.	67404566722	**Banco:**	BANCOLOMBIA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	X	**Corriente**		
Garantía Cumplimiento (Si aplica).	NB-100316838	**Aseguradora (Si aplica):**	MUNDIAL DE SEGUROS	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	10-4-2024				

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	156524	09-04-2024									$0
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$0
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	**TRES MILLONES DOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS 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	**$24.000.000**	**$0**	**$0**	**N/A**	**$0**
TOTAL CONTRATO	**$ 24.000.000,00**	**$0**	**$0**	**N/A**	**$0**

Nombre del Supervisor: María Cristina Wilches Carrasquilla

Fecha de notificación: 11 de abril de 2024

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	11-4-2024	31-12-2024
Vigencia del Contrato:	31-12-24	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Para el mes de Abril no se requirieron los servicios objeto de este contrato

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 (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

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.

INFORMACION 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: MARIA CRISTINA WILCHES CARRASQUILLA

NÚMERO DE CEDULA: 35521215

CELULAR : 3143746237 **CORREO:** mwilches@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	N/A	N/A
Acta de supervisión y/o Factura	N/A	N/A
Pago de Seguridad Social	N/A	N/A