

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: 30-05-2024							
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10							
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					PAGINA 1 DE 2							
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI														
Fecha:	7/octubre/2024	INFORME DE SUPERVISOR				TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		Abril-Mayo 2024		
No. de Contrato:	089-2024					VALOR		83.500.000						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-101-2024 HOMIL													
Objeto	INSUMOS PARA EL EQUIPO DE NEUROMONITOREO PARA EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	IMQUIRURGICOS					NIT/CG		900820002						
Clase de Contrato	SUMINITROS					Modalidad de Contratación		MINIMA CUANTIA						
Cuenta Bancaria No.	850004351		Banco:		BBVA		Tipo de Cuenta:		Ahorros		x		Corriente	
Garantía Cumplimiento :11-44-101214527			Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A			Fecha de aprobación de la Garantía: 22/04/2024								
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL													
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
2024	149324	16/02/2024	149324	16/02/2024	208124	22/04/2024	IMQES345	29/ABRIL/24			\$ 4.276.			
							IMQES348	29/ABRIL/24			\$ 4.276.			
							IMQES398	3/MAYO/24			\$ 4.276.			
							IMWEB400	3-may-24			\$ 4.074.			
							IMQEB470	8/MAYO/24			\$ 4.348.			
											\$ 21.252.			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO														
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: VEINTIUN MILLON DOCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS 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	58.500.000		25.000.000				\$ 53.711.617,00		\$ 29.788.					
TOTAL CONTRATO		58.500.000		25.000.000		\$ -		\$ 53.711.617,00		\$ 29.788.				
Nombre del Supervisor SINDY MARIA AMAYA MARQUEZ			1/1/2024											
Vigencia del Contrato:			FECHA DE INICIO										FECHA DE TERMINACION	
			22/04/2024											
			plazo de ejecución y seis meses mas											
En tiempo			1-											
			2-											
3-														
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión riesgos profesionales 3/05/2024 Planilla No-76792801 correspondiente al mes de ABRIL Y 6/06/2024 Planilla 77729292 correspondiente al mes de MAYO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de ABRIL Y MAYO así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación d 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:														
NOTA 3:														
REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NUMERO DE SERIE DEL	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA AL	FECHA DE INGRESO	NUMERO DE PARTE (SI	ESTADO (instalado/	CANTIDAD	NUMERO DE REPORTE DE	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACION
NOTA 4:														
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREAS DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	NO. DE MANTENIM	FECHA DE MANTENIM	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACION						
OBSERVACIONES: LA EJECUCION DEL CONTRATO SE PRESENTO DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS, POR ERROR Y FALTA DE INFORMACION NO SE PRESENTARON LOS INFORMES DE SUPERVISION A TIEMPO														
NOTA 5:														
INFORMACIÓN														
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS							
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor						

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN
		Página:	2 DE 2
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SINDY MARIA AMAYA MARQUEZ		FIRMA 	
DE CEDULA: 52395857			
N°: 3125820171		CORREO: samayam@humil.gov.ec	
NTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:			
DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS	
Formato de ingreso	X		
Acta de supervisión y/o Factura	X		
Pago de Seguridad Social	X		
Certificación revisor Fiscal	X		
Certificación Bancaria	X	X	