HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024
	: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	3: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	3/octubre/2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	x	MES DE PRESTACION DE	ABRIL - MAYO 2024
No. de Contrato:	089-2024			VALOR	83.500.000		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	101-2024 HOMIL						
Objeto	ALQUILER EQUIPO DE NEUROMONITOREO QUE INCLUTE EQUIPO TECNOLOGICO Y EQUIPO HUMANO PROFESIONAL MEDICO PARA EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	IMQUIRURGICOS			NIT/ CC	900820009		
Clase de Contrato	ALQUILER			Modalidad de Contratación	MINIMA CUANTIA		
Cuenta Bancaria No.	850004351	Banco:	BBVA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	x	Corriente
Garantia Cumplimiento :11-44-101214527	Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantía: 22/04/2024					

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL											
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuesta (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	16/2/2024	149324	16-02-24	208124	22/4/2024	IMQE8346	29/ABRIL/24			$ 6.491.809,00
							IMQE8347	29/ABRIL/24			$ 6.491.809,00
							IMQE8397	3/MAYO/24			$ 6.491.809,00
							IMQE8399	3/MAYO/24			$ 6.491.809,00
							IMQE8469	8/MAYO/2024			$ 6.491.809,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 32.459.045,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TREINTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL CUARENTA Y CINCO PESOS M/C.

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		$32.459.045.00	$ 51.040.955,00
TOTAL CONTRATO	58.500.000	25.000.000	$ -	$ 32.459.045,00	$ 51.040.955,00

Nombre del Supervisor SINDY MARIA AMAYA MARQUEZ	1/1/2024	
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	22/04/2024	30/06/2024
Vigencia del Contrato:	plazo de ejecucion y seis meses mas	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de paraliscales EPS y Pensión riesgos profesionales 3/05/2024 Planilla No-76792801 correspondiente al mes de ABRIL , 6/06/2024 Planilla 77729292 correspindiente 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 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:

NOTA 3 :

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:

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 EJECUCION DEL CONTRATO SE PRESENTO DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS, POR ERROR Y FALTA DE INFORMACION NO SE PRESENTARON LOS INFORMES DE

NOTA 5: .

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: SINDY MARIA AMAYA MARQUEZ	FIRMA	Sindy Amaya
NÚMERO DE CEDULA: 52395857		
CELULAR : 3125820171	CORREO: SAMAYAMA@HOMIL.GOV.CO	

DOCUMENTOS 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	
Certificacion revisor Fiscal	X	
Certificacion Bancaria		
	X	X