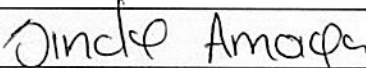


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05						
 HOSPITAL MILITAR CENTRAL		COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024						
		: CONTRATACION						VERSIÓN: 10						
		: GESTIÓN DE ADQUISICIONES						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		JUNIO 2024			
No. de Contrato:	089-2024				VALOR		83.500.000							
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	101-2024 HOMIL													
Objeto	INSUMOS PARA NEUROMONITOREO PARA EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	IMQUIRURGICOS				NIT/CC		900820009							
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									
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL														
VIGENCIA	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	16-02-24	208124	22-04-24	IMQE8719	6/6/2024			\$ 3.494.155,00			
							IMQE8901	6/28/24			\$ 4.145.476,00			
											\$ 7.639.631,00			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO														
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SIETE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN 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				\$ 74.334.866,00		\$ 9.165.134,00					
							0							
TOTAL CONTRATO	58.500.000		25.000.000		0		\$ 74.334.866,00		\$ 9.165.134,00					
Nombre del Supervisor SINDY MARIA AMAYA MARQUEZ														
1/1/2024														
FECHA DE INICIO														
22/04/2024														
FECHA DE TERMINACION														
plazo de ejecucion y seis meses mas														
Vigencia del Contrato:														
En tiempo														
1-														
2-														
3-														
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión riesgos profesionales 4/07/2024 Planilla No-78424992 correspondiente al mes de Junio en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de junio 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 almacen)	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 SUPERVISION A TIEMPO																											
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																		
							Página:		2 DE 2																		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SINDY MARIA AMAYA			FIRMA																								
NÚMERO DE CEDULA:																											
CELULAR : 3125820171					CORREO: SAMAYAMA@HOMIL.GOV.CO																						
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:																											
<table border="1"><thead><tr><th>DOCUMENTOS</th><th>SI</th><th>N° FOLIOS</th></tr></thead><tbody><tr><td>Formato de ingreso</td><td>X</td><td></td></tr><tr><td>Acta de supervisión y/o Factura</td><td>X</td><td></td></tr><tr><td>Pago de Seguridad Social</td><td>X</td><td></td></tr><tr><td>Certificacion revisor Fiscal</td><td>X</td><td></td></tr><tr><td>Certificacion Bancaria</td><td>X</td><td>X</td></tr></tbody></table>										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
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																									