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:	SEPTIEMBRE	INFORME DE SUPERVISOR	SEPTIEMBRE	TRAMITE PARA PAGO	SEPTIEMBRE	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	SUPERVISION MES DE SEPTIEMBRE 2025

No. de Contrato:	054-- 2025	VALOR	27.500.000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SMC 020-2024		
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO INCLUIDOS REPUESTOS NUEVOS NO REMANUFACTURADOS PARA UNIDADES DE INSTRUMENTAL QUIRUGICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRA		
Nombre de Contratista	MIL MEDICAL SAS	NIT/ CC	900500349-5
Clase de Contrato	MANTENIMIENTO.	Modalidad de Contratación	SELECCIÓN MINIMA CUANTIA

Cuenta Bancaria No.	944802484-01	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	21-44-101468047	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	24-abr-25			

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:2025)	149125	17/03/2025	1848	24/04/2025	182925	24/04/2025					27.450.000,00
SALDO											$0.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	0										

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO (EJ:2024	27.500.000			27.450.000	$ $0.000,00
TOTAL CONTRATO	$ 27.500.000,00	$ -	$ -	$ 27.450.000,00	$ $0.000,00

Nombre del Supervisor MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO		Fecha de notificación: MARZO 26-04 - 2024
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	23/04/2025	30/11/2025
Vigencia del Contrato:	7 MESES 7 DIAS	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla N° correspondiente al mes de 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	NUMERO DE PIEZAS	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

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		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Enti	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO		
NUMERO DE CEDULA:	35418457	
CELULAR : 3125668271	CORREO: marcae1900@hotmail.com	

Powered by CamScanner