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:	4/12/2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	DICIEMBRE

No. de Contrato:	072-2024			**VALOR**	51.030.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	MC-078-2024-HOMIL						
Objeto	TUBOS COLORIMETRICOS PARA LOS ANALISIS DE CONTROL DE CALIDAD DE AIRE MEDICINAL EN PRODUCCION Y EN PUNTOS DE USO EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	PHARMACEUTICAL SUPPLY CHAIN S.A.S			**NIT/ CC**	900270461		
Clase de Contrato	ORDEN DE COMPRA			**Modalidad de Contratación**	MINIMA CUANTIA		
Cuenta Bancaria No.	450200049929	**Banco:**	DAVIVIENDA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	X	**Corriente**
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	3893840-2	**Aseguradora (Si aplica):**	GENERALES SURAMERICANA S.A	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	10/04/2024		

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	161424	5/3/2024	1981	5/3/2024	196724	5/3/2024	2678	3/12/2024	ZE000000015613	FTS	$ 17.478.720,00
										FTS	$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 17.478.720,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Diez y siete millones cuatrocientos setenta y ocho mil setecientos veinte pesos mcte.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2024	51.030.000,00		12.000.000,00	38.962.980,00	67.020,00
TOTAL CONTRATO	$ 51.030.000,00	$ -	$ 12.000.000,00	$ 38.962.980,00	$ 67.020,00

Nombre del Supervisor ALEXANDER RAMIREZ SANCHEZ	**Fecha de notificación:** 05/04/2024

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	11/4/2024	31/12/2024
Vigencia del Contrato:	vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1:

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
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES :

NOTA 5:

INFORMACIÓN GENERAL														
Entidad	N° Planilla			Fecha de pago		SALUD			PENSIÓN			RIESGOS PROFESIONALES		
						Entidad	Valor		Entidad	Valor		Entidad	Valor	
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
						N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: ALEXANDER RAMIREZ SANCHEZ	
NÚMERO DE CEDULA: 79384568	
CELULAR : 3204196442	CORREO: alramirez@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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