HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	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:	3/9/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	**X**	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**SEPTIEMBRE**
No. de Contrato:	072-2024			**VALOR**	51.030.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	MC-078-2024-HOMIL						
Objeto	COLORIMÉTRICOS PARA LOS ANALISIS DE CONTROL DE CALIDAD DE AIRE MEDICINAL EN PRODUCCIÓN 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					
							FE2487	06/08/2024	ZE000000012975	FTS	$ 17.842.860,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 17.842.860,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Diecisiete millones ochocientos cuarenta y dos mil ochocientos sesenta 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	51.030.000,00			21.484.260,00	29.545.740,00
TOTAL CONTRATO	$ 51.030.000,00	$ -	$ -	$ 21.484.260,00	$ 29.545.740,00

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: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/08/31 y riesgos profesionales 2024/08/31 – correspondiente al mes de AGOSTO según certificación del Revisor Fiscal.
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (AGOSTO); 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	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: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

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	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: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

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

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