

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:	2/10/2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	oct-24
--------	-----------	-----------------------	--	-------------------	---	--	--------

No. de Contrato:	300 - 2024				VALOR		\$ 25.000.000,00			
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CO1.PCCNTR.6689565									
Objeto	ADQUISICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL (LOTE 6)									
Nombre de Contratista	ALEMKO Medical S.A.S				NIT/ CC		900995746			
Clase de Contrato	OTRO				Modalidad de Contratación					
Cuenta Bancaria No.	OO19017755		Banco:	BBVA COLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	14-44-101217880	Aseguradora (Si aplica):		SEGUROS DEL ESTADO S.A		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		6/09/2024		

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					
VIGENCIA 2024	184624	18/04/2024			319324	30/08/2024					\$ 0,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 0,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CERO PESOS M/CTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO	VR. ADICION	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES	VR. EJECUTADO	SALDO CONTRATO
VIGENCIA 2024	\$ 25.000.000,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 25.000.000,00
VIGENCIA 2025	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
VIGENCIA 2026	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
TOTAL CONTRATO	\$ 25.000.000,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 25.000.000,00

Nombre del Supervisor : CORONEL (RA) WILLIAM QUIROGA MATAMOROS			Fecha de notificación: 5/12/2024		
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACION	
	9/09/2024			31/12/2024	
Vigencia del Contrato:					
Prorrogas:					
	1-				
	2-				
	3-				

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/10/10 y riesgos profesionales 2024/10/10 Planilla N° 81148192 – correspondiente al mes de OCTUBRE en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (NOVIEMBRE); 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 / existencia s almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	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	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 (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

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		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: CORONEL (RA) WILLIAM QUIROGA MATAMOROS			FIRMA: 
NÚMERO DE CEDULA:	79.456.286		
CELULAR : 3105634388			CORREO: Wquiroga@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	2
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1