

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	PAGINA 1 DE 2
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		

Fecha:	1-jul-24	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	MES DE JULIO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	SUPERVISION MES DE JULIO 2024					
No. de Contrato:	143 - 2024	VALOR	30.000.000								
No. de proceso en el SECOP II /Tienda	SMC 138-2024										
Objeto	SUMINISTRO E INSTALACION DE REPUESTOS Y PARTES NUEVAS NO REMANUFACTURADAS QUE INCLUYAN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PARA LOS SETS DE INSTRUMENTAL Y MOTORES QUE PERTENECEN AL HOSPITAL MILITAR CENTRAL										
Nombre de Contratista	BIOART	NIT/ CC	805026666-8								
Clase de Contrato	30.000.000	Modalidad de Contratación	SELECCIÓN MINIMA CUANTIA								
Cuenta Bancaria No.	379469998759	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X				
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Aseguradora (Si aplica):	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):									
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	VALOR MAS IVA	VALOR OBLIGACIÓN
VIGENCIA AÑO (Ej:2024)	188224	23/04/2024	2468	28/05/2024	244824	28/05/2024					0,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											0,00

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)	30.000.000				
TOTAL CONTRATO	\$ 30.000.000,00	\$ -	\$ -		\$ 30.000.000,00

Nombre del Supervisor	MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO	Fecha de notificación:	JUNIO 05-2024
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
	5/06/2024	30/11/2024	
Vigencia del Contrato:	5 MESES 25 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 (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: 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 detallada el cuadro realcionado a continuación:			

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	AREA/ALMACEN DE INGRESO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO 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	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	Enti	Valor	Entidad	Valor		
FORMATO								CODIGO:	VERSIÓN	10
								Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO		35418457
NÚMERO DE CEDULA:		CORREO: marcas1900@hotmail.com
CELULAR : 3125868271		