

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-oct-24	INFORME DE SUPERVISOR	OCTUBRE	TRAMITE PARA PAGO	OCTUBRE	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	SUPERVISION MES DE OCTUBRE 2024
--------	----------	-----------------------	---------	-------------------	---------	--	---------------------------------

No. de Contrato:	143 - 2024	VALOR	30.000.000
Nº de PROCESO en el SECOPII /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):	
------------------------------------	--------------------------	---	--

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 (CDD) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO (Ej:2024)	188224	23/04/2024	2468	28/05/2024	244824	28/05/2024					
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	NA		7.490.885	22.509.115
TOTAL CONTRATO	\$ 30.000.000,00	\$ -	\$ -	7.490.885	\$ 22.509.115,00

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 (jo); 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 relacionado 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
PIEZAS DE MANO Y ATTACHMENT MOTOR	LAA02099	V178424	CENTRAL DE ESTERILIZACION			18-sep	29-oct	18-sep

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	Nº 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: MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO	35418457
NÚMERO DE CEDULA:	CORREO: marcas1900@hotmail.com
CELULAR: 3125868271	

