



HOSPITAL MILITAR CENTRAL

FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO

UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS

MANUAL: CONTRATACION

PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES

SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI

CÓDIGO: GA-GECO-MH-01-FT-05

FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024

VERSIÓN: 10

PAGINA 1 DE 2

Fecha:	1-sep-24	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	MES DE SEPTIEMBRE	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	SUPERVISION MES DE SEPTIEMBRE 2024
No. de Contrato:	143 - 2024	VALOR		30.000.000		

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
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Aseguradora (Si aplica):	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):				

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL							No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	VALOR MAS IVA	VALOR OBLIGACIÓN
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) 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					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			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 (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 detalla da 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	Entidad	Salud	Pensión
				Valor	Valor
				Ente	Entidad
					Valor
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO				CODIGO: 10
					Página: 2 DE 2

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

[Handwritten signature]