Junio

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 13-07-2022
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 08
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	23/12/2022				
TIPO DE CONTRATO	Arrendamiento de Muebles	TIPO DE PROCESO	Mínima Cuantía	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	MC-002-2022- HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
CONTRATO 004-2022	OBJETO: "ALQUILER DE MARCO DE ESTEROTAXIA PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL"	Fecha de suscripción:		02 de Febrero del 2022
		Valor inicial:	$	62.832.000
		VIGENCIA AÑO 2022	$	62.832.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2021)	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	62.832.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			164722	19522
			Fecha:	07/02/2022
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CSC 100018716	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	24/03/2021	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	CR JUAN CARLOS LUQUE SUAREZ - 07/02/2022	
		Fecha de inicio de contrato	07/02/2022	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			07/02/2022	31/12/2022
		Vigencia del Contrato: 10 MESES		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 900922190		
NEUROLOR		Dirección: Carrera 16 N° 127B-43 Torre 4 Apto 902		
		Teléfono: 601-2586338 314-2961861		
		Cuenta Bancaria No. 474100061446		
		Banco: DAVIVIENDA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			X	

FORMA DE PAGO: • Dentro de los 30 días calendario.

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
	N/A	387	28/06/2022		$ 3.927.000,00

OBJETO: "ALQUILER DE MARCO DE ESTEROTAXIA PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL"					$ -
					$ -
Total del mes					**$ 3.927.000,00**
Saldo del contrato					**27.489.000**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$3.927.000,00**
VALOR EN LETRAS :	**Tres millones novecientos ventisiete mil pesos m/cte**

NOTA 1: Se anexa certificación del pago de parafiscales de fechaJUNIO del 2022

En mi calidad de supervisor (a) del Contrato/Convenio arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo, por parte del contratista y el pleno desarrollo de sus actividades durante este período, razón por la cual autorizo el pago, conforme lo señala la cláusula de valor y forma de pago del contrato.

DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION Y SIN OBSERVACIONES LOS SERVICIOS PREVISTOS EN EL CONTRATO DE LA REFERENCIA

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sea requeridos durante las actividades.

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO XXXX	$ 62.832.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 27.489.000,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 62.832.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 27.489.000,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Coronel (RA) Juan Carlos Luque Suárez

NUMERO DE CEDULA: 79358261

FIRMA :

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:

FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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