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: 06-02-2023
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 09
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	5/06/2023				
TIPO DE CONTRATO	Prestación de servicios	TIPO DE PROCESO	Mínima cuantía	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	MC-291-2022-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
365-2022	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y LOS CORRECTIVOS QUE SEAN NECESARIOS INCLUIDO REPUESTOS ORIGINALES NUEVOS NO REMANUFACTURADOS DE LOS MICROTOMOS, MICROSCOPIOS Y EQUIPOS MARCA SAKURA, LEICA, NIKON DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LA VIGENCIA 2022-2026	Fecha de suscripción:		21/12/2022
		Valor inicial:	$	65.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2022	$	1.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$	19.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2024	$	19.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2025	$	19.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2026	$	7.000.000,00
		Adiciones:	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones:	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	65.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			581522	12/10/2319
			Fecha:	22/12/2022
		Garantía Cumplimiento:	49-44-101029553	
		Aseguradora:	SEGUROS DEL ESTADO SA.	
		Fecha de aprobación de la Garantía:	26/12/2022	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	28/12/2022	
		Fecha de inicio de contrato		
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			27/12/2022	31/07/2026
		Vigencia del Contrato: La vigencia será igual al plazo de ejecución y seis (06) meses más.		
		Prorrogas:	En tiempo	
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 9014095734		
UMBRELLA BIOLABS		Dirección: Cra 63#22-45		
		Teléfono: 3208109390		
		Cuenta Bancaria No. 29900000644		
		Banco: BANCOLOMBIA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			X	

FORMA DE PAGO: El valor del contrato se cancelará mediante pagos parciales previo informe de supervisión, dentro de los noventa (90) días siguientes al recibo a satisfacción de los bienes objeto del contrato, previo cumplimiento de los trámites administrativos y financieros a que haya lugar.

Descripción de Bienes a Recibir	Almacén que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Total del mes					**$ -**
Saldo del contrato					**$ 65.000.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**N/A**
VALOR EN LETRAS :	**N/A**

NOTA 1: N/A

OBSERVACIONES:

1. Los equipos se encuentran con las visitas de mantenimiento preventivo al día de acuerdo al cronograma de mantenimiento.

2. A la fecha no se contempla el ingreso de repuestos o correctivos para los equipos incluidos dentro del contrato.

3. En el presente mes no se realizó movimiento presupuestal del contrato.

NOTA 2: N/A

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	**$ 1.000.000,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 1.000.000,00**
AÑO 2023	**$ 19.000.000,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 19.000.000,00**
AÑO 2024	**$ 19.000.000,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 19.000.000,00**
AÑO 2025	**$ 19.000.000,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 19.000.000,00**
AÑO 2026	**$ 7.000.000,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 7.000.000,00**
VALOR TOTAL	**$ 65.000.000,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 65.000.000,00**
	VALOR TOTAL CONTRATADO	**VALOR TOTAL EJECUTADO**	**VALOR LIBERADO**	**VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR**

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	NUMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NUMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencias almacén)	CANTIDAD	NUMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: CT. NANCY CHAPARRO CHAPARRO

NUMERO DE CEDULA: 52.9146.549

FIRMA :



FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD: N/A

FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR: N/A

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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

Elaboró: Jose Nicolás Sandoval Báez
Técnico de Servicios
Área de Equipo Biomédico