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	Selección abreviada menor cuantía	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SA-040-2023-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
239-2023	MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO, SUMINISTRO DE REPUESTOS, PARTES, ACCESORIOS, COMPONENTES ORIGINALES NUEVOS NO REMANUFACTURADOS DEL EQUIPO ECOCARDIOGRAFO PORTATIL MARCA PHILLIPS DEL SERVICIO DE ELECTROFISIOLOGIA Y HEMODINAMIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		4/05/2023
		Valor inicial:	$	70.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$	70.000.000,00
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones:	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones:	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	70.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			226523	57423
			Fecha:	23/03/2023
		Garantía Cumplimiento:		21-44-101412611
		Aseguradora:		SEGUROS DEL ESTADO S.A.
		Fecha de aprobación de la Garantía:		16/05/2023
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		CT. NANCY CHAPARRO CHAPARRO 17/05/2023
		Fecha de inicio de contrato		17/05/2023
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			17/05/2023	31/12/2023
		Vigencia del Contrato: La vigencia será igual al plazo de ejecución y seis (6) meses más.		
		Prorrogas:	En tiempo	
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 800204547		
INTELNET MEDICA SAS		Dirección: CRA 44 A No. 24A-22 BOGOTA		
		Teléfono: 2449682		
		Cuenta Bancaria No. 18834466371		
		Banco: BANCOLOMBIA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
				X

FORMA DE PAGO: El valor del contrato lo pagará el Hospital Militar Central mediante PAGOS PARCIALES de acuerdo a los requerimientos realizados por el supervisor del contrato y de los Servicios prestados por el contratista, los cuales se cancelarán dentro de los noventa (90) días siguientes al recibo a satisfacción según objeto del contrato, previo cumplimiento de los trámites administrativos y financieros a que haya lugar.

Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Total ejecutado					**$ -**
Saldo del contrato					**$ 70.000.000,00**

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

NOTA 1: N/A

OBSERVACIONES:

1. SE SOLICITA AL CONTRATISTA EL SUMINISTRO DE LOS REPUESTOS A FIN DE PONER EN CORRECTO ESTADO DE FUNCIONAMIENTO EL EQUIPO INLUIDO DENTRO DEL CONTRATO, LOS REPUESTOS SE ENCUENTRAN EN IMPORTACION.

2. EN EL PRESENTE MES NO SE REALIZA MOVIMIENTO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO.

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 2023	**$ 70.000.000,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 70.000.000,00**
AÑO	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**
AÑO	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**
AÑO	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**
AÑO	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**
VALOR TOTAL	**$ 70.000.000,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 70.000.000,00**
	VALOR TOTAL CONTRATADO	**VALOR TOTAL EJECUTADO**	**VALOR LIBERADO**	**VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR**

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalladael cuadro realcionado a continuacion:

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 almacen)	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: 52.916.549

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
Area Equipo Biomédico