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:	31/07/2023				
TIPO DE CONTRATO	COMPRAVENTA	TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTIA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	MC-207-2023 HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
334-2023	"ADQUISICIÓN, PREINSTALACIÓN E INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPO DE PISO PELVICO PARA EL SERVICIO DE FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL".	Fecha de suscripción:			6/07/2023
		Valor inicial:	$		16.500.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$		16.500.000,00
		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	$		16.500.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF		N°CDP (SIIF).
			272823		95023
			Fecha: 12/07/2023		16/06/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	POLIZA No . BCH-100028444		
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL		
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	17/07/2023		
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	GILBERTO ROMERO ARDILA 18/07/2023		
		Fecha de inicio de contrato	18/07/2023		
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
			18/07/2023		30/10/2023
		Vigencia del Contrato:			
		Prorrogas:	En tiempo		
		1-			
		2-			
		3-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 900103910			
BRASMEDICA COLOMBIA S.A.		Dirección: CALLE 135 # 19 - 65			
		Teléfono: 601 6103123			
		Cuenta Bancaria No.: 18837273388			
		Banco: BANCOLOMBIA			
		Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente
					X

FORMA DE PAGO:

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		2 DE 3	

Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
					$ -
					$ -
Total del mes					**$ -**
Saldo del contrato					

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	
VALOR EN LETRAS :	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y PensiónAAAA/MM/DD y riesgos profesionales AAAA/MM/DD Planilla XXXXXX correspondiente al mes de XXXXX
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (XXXXXX); 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 documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION.

OBSERVACIONES: Durante el mes de Julio no se ejecuto el contrato. Se esta realizando la recoleccion de la documentacion para el ingreso por parte del proveedor.

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	$ 16.500.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 16.500.000,00
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	$ 16.500.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 16.500.000,00
	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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: GILBERTO ROMERO ARDILA.
NUMERO DE CEDULA: 79406053
FIRMA : G. Romero Ardila

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:

FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Obligacion		
Certificacion Bancaria		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		