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: 09
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	SEPTIEMBRE 05/2023				
TIPO DE CONTRATO	ADQUISICION	TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTIA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	126-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
218-2023	SUMINISTRO E INSTALACION DE REPUESTOS Y O ACCESORIOS NUEVOS ORIGINALES NO REMANOFACTURADOS PARA CAMAS Y CAMILLA MARCA PARAMOUNT BED DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		26/04/2023
		Valor inicial:		$ 15.000.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej:2023)		$ 15.000.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2022)	$	-
		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	$	15.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			226623	2303
			Fecha:	22/06/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	18-44-101088938	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	16/05/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	WILLIAM WILCHES RODRIGUEZ 07/23/2023	
		Fecha de inicio de contrato	16/05/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			17/05/2023	15/12/2023
		Vigencia del Contrato: 7 MESES		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 900412189		
NOVATECNICA SAS		Dirección: TRANVERSAL 23 No. 93-23		
		Telefono: 7447300		
		Cuenta Bancaria No. 03191326511		
		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	O9
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
					$ -
Total del mes					
Saldo del contrato					Valor total-valor ejecutado en pesos ($000000)

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

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión AAAA/MM/DD y riesgos profesionales AAAA/MM/DD Planilla N° xxxx – correspondiente al mes de XXXX

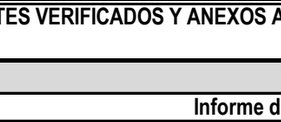
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (XXXX); así mismo certifico que el/la) contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

EL PRESENTE INFORME CORRESPONDE AL MES DE SEPTIEMBRE DE 2023 A LA FECHA NO SE A REALIZADO PEDIDO DE LOS REPUESTOS OBJETO DEL CONTRATO. ESTOS SE SOLICITARAN DE ACUERDO A NECESIDADES LOS CUALES INGRESARAN AL ALMACEN #1 Y SERAN RETIRADOS POR EL PERSONAL DEL AREA DE EQUIPO BIOMEDICO PARA SU RESPECTIVA INSTALACION A LOS DIFERENTES EQUIPOS QUE LOS REQUIERAN.

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 15.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 15.000.000,00
AÑO 2022	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2021	$ 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	$ 15.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 15.000.000,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOTA 2: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $5.000.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL			SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: WILLIAM WILCHES RODRIGUEZ
NUMERO DE CEDULA: 79430181
FIRMA : 

NOTA 3: Recuerde que en caso de ser contrato de prestación de servicios profesionales o asistenciales, que no facturen, NO se requieren las firmas de enterado Jefe de Unidad y Subdirector

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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