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:	29/03/2024				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	**TIPO DE PROCESO**	Mínima cuantía	**Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL**	**MC-024-2024-HOMIL**

CONTRATO Nº/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
029-2024	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y LOS CORRECTIVOS QUE SEAN NECESARIOS INCLUIDO REPUESTOS NUEVOS NO REMANUFACTURADOS PARA LAS CABINAS DE BIOSEGURIDAD Y EXTRACCIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		28/02/2023
		Valor inicial:	$	30.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2024	$	30.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2025	$	-
		VIGENCIA AÑO 2026	$	-
		VIGENCIA AÑO 2027	$	-
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	30.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			FECHA	
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	NB-100312346	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	7/03/2024	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	PD TATIANA MARCELA RAMOS PERDOMO 06/03/2024	
		Fecha de inicio de contrato	8/03/2024	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			8/03/2024	15/12/2024
		Vigencia del Contrato: 10 MESES		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 900739324		
LABPRO S.A.S.		Dirección: CALLE 66B No. 68B-68		
		Teléfono: 6017067467		
		Cuenta Bancaria No.		
		Banco: BANCOLOMBIA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			X	

FORMA DE PAGO: PAGOS PARCIALES, dentro de los noventa (90) días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios y/o bienes objeto del contrato y previo informe de supervisión y cumplimiento de los trámites administrativos y financieros.

Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y LOS CORRECTIVOS QUE SEAN NECESARIOS INCLUIDO REPUESTOS NUEVOS NO REMANUFACTURADOS PARA LAS CABINAS DE BIOSEGURIDAD Y EXTRACCIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL					
Total del mes					**$ -**
Saldo del contrato					**$ 30.000.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$0,00**
VALOR EN LETRAS :	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS **MARZO**, Pensión y Riesgos profesionales **FEBRERO** de acuerdo con **PLANILLA DE PAGO 7918154765 DE FECHA 06/03/2024.**

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social, 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.

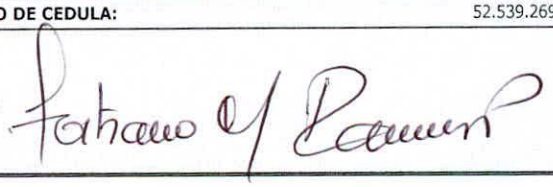
OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

Durante el mes de Marzo 2024 se realizó la firma del Acta de inicio del Contrato 029-2024. No se realizaron trabajos de mantenimiento.

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2024	$ 30.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 30.000.000,00
AÑO 2025	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2026	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2027	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 30.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 30.000.000,00
	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 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:	**PD** TATIANA MARCELA RAMOS PERDOMO
NUMERO DE CEDULA:	52.539.269
FIRMA :	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Acta de supervisión y Factura	X	2