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: 08
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	may-24				
TIPO DE CONTRATO	ADQUISICIÓN	TIPO DE PROCESO	CONTRATACIÓN MÍNIMA CUANTÍA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	029-2024

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
043-2024	"ADQUISICIÓN DE SCANER 3D PORTATIL DE MANO A TODO COLOR PARA EL LABORATORIO DE INNOVACIÓN - INNLAB, DE LA SUBDIRECCIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL"	Fecha de suscripción:		20/3/2024
		Valor inicial:	$	42.800.000,00
		VIGENCIA AÑO 2024	$	42.800.000,00
		VIGENCIA AÑO	$	-
		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	$	42.800.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			152124	181924
			Fecha:	20-02-2024 / 20-03-2024
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	COMPAÑÍA ASEGURADORA PÓLIZA 100313913	
		Aseguradora (Si aplica):	COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	20/03/2024	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	Dra. Claudia Liliana Echeverría González Jefe Unidad de Investigación Científica 21/03/2024	
		Fecha de inicio de contrato	20/3/2024	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			20/3/2024	15/11/2024
		Vigencia del Contrato: 20-03-2024		
		Prorrogas: N/A		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 900.279.841-0/CE:497050		
Grupo Abstract S.A.S		Dirección: Carrera 15 No 93A 84 of 413		
		Teléfono: 6016956752		
		Cuenta Bancaria No. 007234263		
		Banco De Bogota		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
				X

FORMA DE PAGO: El contrato se cancelara mediante UN SOLO PAGO DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DIAS siguientes al recibo a satisfacción del bien objeto del contrato y previo informe de supervisión y cumplimiento de los tramites administrativos y financieros.

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

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
"ADQUISICIÓN DE SCANER 3D PORTATIL DE MANO A TODO COLOR PARA EL LABORATORIO DE INNOVACIÓN - INNLAB, DE LA SUBDIRECCIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL"		ABSE -1804	15/05/2024	SI	$ 42.800.000,00
Total del mes					**$ 42.800.000,00**
Saldo del contrato					**$ -**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA	**$42.800.000,00**
VALOR EN LETRAS :	**CUARENTA Y DOS MILLONES OCHOSCIENTOS MIL PESOS MCTE.**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales 2024/05/09 Planilla N° 70731146 – correspondiente al mes de ABRIL Y MAYO -2024

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de ABRIL Y MAYO-2024. Durante el mes de MAYO se recibió el SCANER 3D PORTATIL DE MANO A TODO COLOR ,

OBSERVACIONES:

Verifico No hay actividades que reportar durante el mes de abril 2024.

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2024	$ 42.800.000,00	$ 42.800.000,00	$ 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
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 42.800.000,00	$ 42.800.000,00	$ 0,00	$ 0,00
	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:

Dra. Claudia Liliana Echeverría González
Jefe Unidad de Investigación Científica

NUMERO DE CÉDULA: 51.696.910

FIRMA : Claudia Echeverría

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

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:	FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR: Dra Jenny Libeth Jurado Hernández.
Claudia Echeverría	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS

Informe de Actividades con sus soportes	**X**	**2**	
Acta de supervisión y/o Factura	**X**	**1**	
Pago de Seguridad Social	**X**	**1**	