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:	15/05/2024				
TIPO DE CONTRATO	ADQUISICION	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION MINIMA CUANTIA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	029-2024

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
043-2024	"ADQUISICION DE SCANER 3D PORTATIL DE MANO A TODO COLOR PARA EL LABORATORIO DE INNOVACION-INNLAB, DE INNOVACION DE DOCENCIA E INVESTIGACION CIENTIFICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL"	Fecha de suscripción:		20/03/2024
		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	N°CDP (SIIF).
			152124	181924
			Fecha:	20-02-2024 / 20-03/2024
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	COMPAÑÍA ASEGURADORA POLIZA 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 ECHEVERRIA GONZÁLEZ JEFE UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA 21-03/2024	
		Fecha de inicio de contrato	20/03/2024	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			20/03/2024	15/11/2024
		Vigencia del Contrato: 20/03/2024		
		Prorrogas:	N/A	
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 900,279,841		
GRUPO ABSTRACT S.A.S.		Dirección: CARRERA 15 N° 93A 84 OF 413		
		Teléfono: 6016956752		
		Cuenta Bancaria No. 007234263		
		Banco: BANCO DE BOGOTA		
		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 $
"ADQUISICION DE SCANER 3D PORTATIL DE MANO A TODO COLOR PARA EL LABORATORIO DE INNOVACION-INNLAB, DE INNOVACION DE DOCENCIA E INVESTIGACION CIENTIFICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL"	ACTIVOS FIJOS	ABSE-1804	15/05/2024	SI	$ 42.800.000,00
					$ -
					$ -
Total del mes					$ 42.800.000,00
Saldo del contrato					$ 1,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$42.799.999,00
VALOR EN LETRAS :	CUARENTA Y DOS MILLONES SETESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE 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 de del mes de ABRIL Y MAYO 2024; DURANTE EL MES DE MAYO SE RECIBIO EL SCANER 3D PORTATIL DE MANO A TODO COLOR

OBSERVACIONES: SE SOLICITA LIBERAR $1 PESO

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	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO XXXX	$ 42.800.000,00	$ 42.799.999,00	$ 1,00	$ 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	$ 42.799.999,00	$ 1,00	$ 0,00
	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:
NUMERO DE CEDULA: 51696916
FIRMA : Claudia Echeverri

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD: Claudia Echeverri

FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	NA	
Acta de supervisión y/o Factura	SI	1
Pago de Seguridad Social	SI	1