HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	30/08/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	AGOSTO

No. de Contrato:	157-2024	**VALOR**	$ 342.544.000,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-001-2024- HOMIL		
Objeto	"ADQUISICIÓN, PREINSTALACIÓN E INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA EL SERVICIO DE SALAS DE CIRUGÍA, UCI PEDIÁTRICA HOSPITALIZADOS, CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS PERTENECIENTES AL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LA VIGENCIA 2024". - (MAQUINAS DE ANESTESIA)".		
Nombre de Contratista	DRAEGER COLOMBIA S.A.	**NIT/ CC**	900.194.910
Clase de Contrato	COMPRAVENTA	**Modalidad de Contratación**	LICITACION PUBLICA

Cuenta Bancaria No.	4039789058	**Banco:**	COLOMBIA	**Tipo de Cuenta:**	Ahorros		Corriente	X

Garantía Cumplimiento : No.42-44-101154871	**Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO**	**Fecha de aprobación de la Garantía: 07/06/2024**

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
2024	151524	20/02/2024	2539	31/05/2024	252324	31/05/2024					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ -

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2024	$ 342.544.000,00				$ 342.544.000,00
TOTAL CONTRATO	$ 342.544.000,00	$ -	$ -	$ -	$ 342.544.000,00

Nombre del Supervisor GILBERTO ROMERO ARDILA	**11/06/2024**

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Plazo de ejecución	11/06/2024	30/09/2024
Vigencia del Contrato:	IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION MAS SEIS MESES MAS.	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión XXXXXXX y riesgos profesionales XXXXXXX Planilla XXXXXXXX– correspondiente al mes de XXXXXXX en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes deXXXXXX 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 dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

NOTA 2:

NOTA 3 :

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado/ existencias almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

NOTA 4:

DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO			No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO			FECHA DE MANTENIMIENTO		FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES : No se ejecuto el contrato en el mes de Agosto. Se ingresan los equipos y se realiza la verificacion del funcionamiento. Pendiente las capacitaciones.

NOTA 5: .

INFORMACIÓN GENERAL

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

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:		
CELULAR :	CORREO:	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Formato de ingreso		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		
Certificacion revisor Fiscal		
Certificacion Bancaria		