HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
Grupo Social y Empresarial de la Defensa	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:	jul-24				
TIPO DE CONTRATO	COMPRAVENTA	**TIPO DE PROCESO**	**CONTRATACIÓN DIRECTA**	**N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL**	**CD-015-2024-HOMIL.**

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
077-2024	ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA LAS ÁREAS DE FISIOTERAPIA PISO PÉLVICO QUE SE REQUIEREN PARA OPTIMIZAR PROCESOS DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN	Fecha de suscripción:		5/04/2024
		Valor inicial:	$	65.615.780,00
		VIGENCIA AÑO (Ej:2024)	$	65.615.780,00
		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	$	65.615.780,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			199624	169324
			Fecha:	11/04/2024
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	PÓLIZA DE SEGURIDAD Y CUMPLIMIENTO No. BCH-100034311	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	22/04/2024	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	Carmen Teresa Esquivia Pájaro 24/04/2024	
		Fecha de inicio de contrato	23/04/2024	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			23/04/2024	30/06/2024
		Vigencia del Contrato:	La vigencia será igual al plazo de ejecución y seis (06) meses más.	
		Prorrogas:	En tiempo	
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 900.103.910-5		
BRASMEDICA COLOMBIA S.A		Dirección: Calle 83 #21 A 19		
		Teléfono: (+571) 610 3123		
		Cuenta Bancaria No. 18837273388		
		Banco: BANCOLOMBIA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
				X

FORMA DE PAGO:

Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA LAS ÁREAS DE FISIOTERAPIA PISO PÉLVICO QUE SE REQUIEREN PARA OPTIMIZAR PROCESOS DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN	-		jun-24	-	$ -
					$ -
					$ -
Total del mes					**$ -**
Saldo del contrato					**-$ 65.615.780,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$0,00**
VALOR EN LETRAS :	**Cero pesos m/cte**

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.

OBSERVACIONES: Durante el mes de JUNIO no se facturó el contrato.

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	$ 65.615.780,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 65.615.780,00
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	$ 65.615.780,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 65.615.780,00
	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: Carmen Teresa Esquivia Pájaro

NUMERO DE CEDULA: 32.681.966

FIRMA :

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:

FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura	x	2
Pago de Seguridad Social		