HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	10 DE OCTUBRE 2024	INFORME DE SUPERVISOR	OCTUBRE	TRAMITE PARA PAGO	oct-24	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	SUPERVISION MES DE OCTUBRE 2024

No. de Contrato:	024-- 2024	VALOR	30.000.000
N° de Proceso en el SECOP II / Tienda	SMC 020-2024		
Objeto	ANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO INCLUIDOS REPUESTOS NUEVOS NO REMANUFACTURADOS PARA UNIDADES DE INSTRUMENTAL QUIRUGICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRA		
Nombre de Contratista	MIL MEDICAL SAS	NIT/ CC	
Clase de Contrato	MANTENIMIENTO.	Modalidad de Contratación	SELECCIÓN MINIMA CUANTIA

Cuenta Bancaria No.	944802484-01	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente	
Garantia Cumplimiento (Si aplica) :	21-44-101437169	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	11-mar-24			

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	VALOR MAS IVA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO (Ej:2024)	146624	15/02/2024	1714	11/03/2024	170724	11/03/2024	FVE 1604	2/10/2024		1.577.150	1.577.150,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CIENTO CINCUENTA PESOS										

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO (Ej:2024	30.000.000			29.895.923	
TOTAL CONTRATO	$ 30.000.000,00	$ -	$ -	$ 29.895.923,00	$ 104.077,00

Nombre del Supervisor MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO	Fecha de notificación: MARZO 12 - 2024

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	MARZO 12 2024	NOVIEMBRE 30 - 2024
Vigencia del Contrato:	8 MESES 18 DIAS	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla N° 9474309048 correspondiente al mes de OCTUBRE en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (OCTUBRE); 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

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	AREA/ALMACEN DE INGRESO	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL MAS IVA	OBSERVACIONES

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

DESCRIPCION DEL EQUIPO	NUMERO DE PIEZAS	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

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACION 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: MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO		
NÚMERO DE CEDULA:	35418457	
CELULAR : 3125868271	CORREO: marcas1900@hotmail.com	

Powered by CamScanner

M I L M E D I C A L E Q U I P O S S A S

NIT 900500349 -5 Responsables de IVA

Resolución Autorización Facturación Electronica No.18764060723748 del 2023/11/27 Vigencia 2023/11/27 hasta 2025/11/27 Habilitada del FVE- 1376 al 4000

Actividad Económica 3312 - Tarifa ICA 9,66 x 1000 -2790 Tarifa ICA 11,04 x 1000

Calle 77 No. 26-15 Tel. 5415413 Cel.3167457943 milmedicalequipos@hotmail.com

MilMedical Equipos S.A.S
Mantenimiento de Instrumental Quirurgico y Equipos de Poder

Factura Electrónica De Venta No

No. FVE 1604

FECHA DE GENERACIÓN	FECHA VENCIMIENTO
Fecha y Hora de Generación: 02/10/2024 10:38:29	31/12/2024

#$15-19-00;Contrato024/2024;jchavez@homil.gov.co#$

CLIENTE:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	NIT:	830040256 0	TELEFONO:	3486868	CIUDAD:	Bogota D.C.
DIRECCIÓ	TV 3 No 49 02	FORMA DE PAGO:	Crédito			PLAZO:	90
REMISIÓN:		O.COMPRA:		COTIZACIÓN:		M. DE PAGO:	

Item	Por Concepto de	Cantidad	Valor Unitario	IVA	Total
1	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, PARA PIEZAS DE INSTRUMENTAL QUIRURQUICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL (Contrato 024-2024)	304	4.352	19%	1.325.33

Valor en Letras

UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE

Total de Items:1

SUBTOTAL	1.325.336
DESCUENTO	0
IVA	251.814
RETEFUENTE	0
RETEIVA	0
RETEICA	0
TOTAL FACTURA	1.577.150

MILMEDICAL EQUIPOS S.A.S.

Firma autorizada

RECIBI CONFORME

Firma y sello del cliente

FECHA DE RECIBIDA:

Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos a un titulo valor, según ley 1231 de 2008. Factura impresa por Milmedical Equipos S.A.S.

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: 5428c47061a278820c79bc642225f7f98312ef803cdf464acbfc1ec178b134b3faa4ab95a3892d66e1f463f83fb15487 --Fecha y Hora de Expedición : 02/10/2024 11:31:05 a. m.

Powered by CamScanner