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:	20/9/2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	sep-24

No. de Contrato:	158-2024	VALOR	$ 171.000.000,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-101-2024-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". - (LAMPARAS CIALITICAS).		
Nombre de Contratista	XIMEDICAL SAS	NIT/ CC	900.315.109-6
Clase de Contrato	COMPRA VENTA	Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA

Cuenta Bancaria No.	550007700689966	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente	

Garantía Cumplimiento :11-44-10-1226803 | Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A | Fecha de aprobación de la Garantía: 29-05-24

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	249124	30/5/2024	249124	30/5/2024	151424	30/5/2024					$ -
											$ -

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CERO PESOS M/CTE.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2024	$ 171.000.000,00			$ -	0,00
TOTAL CONTRATO	$ 171.000.000,00			$ -	0,00

Nombre del Supervisor DIANA PATRICIA PARRA VALENCIA	4/6/2024	30/09/2024
	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Vigencia del Contrato:	plazo de ejecucion 120 dias	
	En tiempo	
	1-	
	2-	
3-		

NOTA 1:

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:

NOTA 5: .

Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN	CODIGO:	VERSIÓN
		Página:	2 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:
DIANA PATRICIA PARRA VALENCIA

FIRMA

NÚMERO DE CEDULA: 52.279.725

CELULAR : 3118198030

CORREO:
DPARRA@HOMIL.GOV.CO

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		

Scanned with CamScanner