HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-HM-01-FT-06
	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:	30/09/2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	OCTUBRE

No. de Contrato:	159-2024	VALOR	$ 455.313.600
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	001-2024		
Objeto	ADQUISICION,ADQUISICION, PREINSTALACION E INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA EL SERVICIO DE SALAS DE CIRUGIA, UCI PEDIATRICA HOSPITALIZADOS, CONSULTA EXTERNA , URGENCIAS PERTENECIENTES AL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LA VIGENCIA 2024 - MESAS QUIRURGICAS RADIOLUCIDAS PARA USO CON ARCO EN C		
Nombre de Contratista	PROMED COLOMBIA SAS	NIT/ CC	900 168.147-0
Clase de Contrato	COMPRAVENTA	Modalidad de Contratación	LICITACION PUBLICA

Cuenta Bancaria No.	29100023732	Bancos	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta	Ahorros		Corriente	X

Garantía Cumplimiento : 400055893	Aseguradora: NACIONAL DE SEGUROS	Fecha de aprobación de la Garantía: 6/06/2024

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL											
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
2024	151524	20/02/2024			249224	30/05/2024	PME3490	25/09/2024			455.313.600

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	$ 455.313.600,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MILLONES TRESCIENTOS TRECE MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIMITACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2024	$ 455.313.600				$ -
TOTAL CONTRATO		$ -	$ -	$ -	$ -

Nombre del Supervisor DIANA PATRICIA PARRA VALENCIA		
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	6/07/2024	10/06/2024
Vigencia del Contrato:	120 DIAS	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pension y riesgos profesionales $ 7.021.500 Planilla No7942811262– 23/09/2024 correspondiente al mes de agosto
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de agosto 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: SE RECIBEN TRES (03) MESAS QUIRURGICAS RADIOLUCIDA PARA USO CON ARCO EN C. MARCA : TECHCARE, MODELO ET800 SERIE 000157, 000158, 000159

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	NUMERO 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: .

INFORMACIÓN GENERAL								
Entidad	Nº 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: DIANA PATRICIA PARRA VALENCIA	FIRMA	
NÚMERO DE CÉDULA: 52279725		
CELULAR : 3118198030	CORREO: DPARRA@HOMIL.GOV.CO	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Formato de Ingreso	X	
Acta de supervisión y/o Factura	X	
Pago de Seguridad Social	X	
Certificacion revisor Fiscal	X	
Certificacion Bancaria		

R/SMC Luis Estupiñan
010C-T-24