HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	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:	1/5/2024				
TIPO DE CONTRATO	ARRENDAMIENTO DE MUEBLES	TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTIA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	MC-017-2024-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
027-2024	ALQUILER DE UN EQUIPO MARCO DE ESTEREOTAXIA PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		2/26/2024
		Valor inicial:	$	50.000.000,00
		VIGENCIA AÑO (2023)	$	50.000.000,00
		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	$	50.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			145624	177824
			Fecha:	3/15/2024
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	Póliza No. 14-44-101205793	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	3/15/2024	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	MY. MD. Fabián Augusto Montoya Molina	
		Fecha de inicio de contrato	3/19/2024	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			3/19/2024	12/31/2024
		Vigencia del Contrato: 9 MESES		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 900922190		
NEUROLOR SAS		Dirección: CR 16 # 127 B-43 TO 4 AP 902 BOGOTA		
		Telefono: (601)2586338		
		Cuenta Bancaria No. 474100061446		
		Banco: DAVIVIENDA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			X	

FORMA DE PAGO: TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGO: TRANSFERENCIA

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
ALQUILER DE UN EQUIPO MARCO DE ESTEREOTAXIA PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL **(ABRIL 2024)**	N/A	526	30/4/2024		$ 4.165.000,00
	N/A	527	30/4/2024		$ 4.165.000,00
					$ -
Total del mes					**$ 8.330.000,00**
Saldo del contrato					**$ 41.670.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$8.330.000,00**
VALOR EN LETRAS :	**OCHO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/04/01 y riesgos profesionales 2024/04/01 Planilla N° 7918101386 – correspondiente al mes de MARZO-ABRIL
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (ABRIL); 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 (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

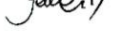
VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	**$ 50.000.000,00**	**$ 8.330.000,00**	**$ 0,00**	**$ 41.670.000,00**
AÑO XXXX	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**
AÑO XXXX	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**
AÑO XXXX	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**
AÑO XXXX	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**
VALOR TOTAL	**$ 50.000.000,00**	**$ 8.330.000,00**	**$ 0,00**	**$ 41.670.000,00**
	VALOR TOTAL CONTRATADO	**VALOR TOTAL EJECUTADO**	**VALOR LIBERADO**	**VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR**

NOTA 2: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $5.000.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: MD. LEONARDO ANDRES CHACON ZAMBRANO

NUMERO DE CEDULA: 91540063

FIRMA : 

NOTA 3: Recuerde que en caso de ser contrato de prestación de servicios profesionales o asistenciales, que no facturen, NO se requieren las firmas de enterado Jefe de Unidad y Subdirector

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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