

HOSPITAL MILITAR CENTRAL						FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO								CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-PY-05															
						UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS								FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024															
						MANUAL: CONTRATACION								VERSIÓN: 10															
						PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES								PAGINA 1 DE 2															
						SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI																							
Fecha:		20/9/2024		INFORME DE SUPERVISOR		X		TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		R99-24																	
No. de Contrato:		158-2024				VALOR		\$		171.000.000,00																			
Nº 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 CIALTICAS).																											
Nombre de Contratista		XIMEDICAL SAS				NIT/ CG				900.315.100-6																			
Clase de Contrato		COMPRA VENTA				Modalidad de Contratación				CONTRATACION DIRECTA																			
Cuenta Bancaria No.		550007700689966		Bancos		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: CER0 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															
						plazo de ejecución 120 días																							
Vigencia del Contrato:						En tiempo																							
						1-																							
						2-																							
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 (Inspección/ mantenimiento observado)		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 CALAÑO		FECHA DE MANTENIMIENTO				FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO		FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO													
OBSERVACIONES:																													
NOTA 5:																													

		Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor																		
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO					CODIGO:	VERSIÓN																		
						Página:	2 DE 2																		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: DIANA PATRICIA PARRA		FIRMA 																							
NÚMERO DE CEDULA: 52279725																									
CELULAR : 3118198030		CORREO: DPARRA@HOMILGOV.CO																							
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME: <table border="1"> <thead> <tr> <th>DOCUMENTOS</th> <th>SI</th> <th>N° FOLIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Formato de Ingreso</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Acta de supervisión y/o Factura</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pago de Seguridad Social</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Certificación revisor Fiscal</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Certificación Bancaria</td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS	Formato de Ingreso	X		Acta de supervisión y/o Factura	X		Pago de Seguridad Social	X		Certificación revisor Fiscal	X		Certificación Bancaria	X	
DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS																							
Formato de Ingreso	X																								
Acta de supervisión y/o Factura	X																								
Pago de Seguridad Social	X																								
Certificación revisor Fiscal	X																								
Certificación Bancaria	X																								