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:	29/11/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	nov-24

No. de Contrato:	138-2024	**VALOR**	**$ 72.400.000**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	020-2024		
Objeto	"ADQUISICIÓN DEL SOFTWARE DICOM TO PRINT EDICIÓN AVANZADA VR PARA EL LABORATORIO DE INNOVACIÓN DE LA SUBDIRECCIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL".		
Nombre de Contratista	**Grupo Abstract S.A.S**	**NIT/ CC**	**900.279.841-0/CE:497050**
Clase de Contrato	COMPRAVENTA	**Modalidad de Contratación**	**CONTRATACIÓN MENOR CUANTÍA**

Cuenta Bancaria No.	**00 7234263**	**Banco:**	**BANCO DE BOGOTA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**SI**	**Aseguradora (Si aplica):**	**COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**17/05/2024**

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**					
VIGENCIA AÑO 2024	**233024**	**17/03/2024**			**167424**	**19/03/2024**	**ABSE-1825**	**8/07/2024**	**Activos fijos**	**Activos fijos**	**$ -**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ -**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SETENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE.

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VR. EJECUTADO (D)**	**SALDO CONTRATO (A+B-C-D)**
VIGENCIA AÑO 2024	$ 72.400.000,00			$ 72.400.000	$ -
TOTAL CONTRATO	**$ 72.400.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 72.400.000,00**	**$ -**

Nombre del Supervisor: Dra. Claudia Liliana Echeverría González **Jefe Unidad de Investigación Científica**	**Fecha de notificación: 20-05-2024**

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	17/05/2024	**15/12/2024**
Vigencia del Contrato:	17-05-2024 / 15-12-2024	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS - Pensión y riesgos profesionales 2024/09/10 Planilla N°73158939 – correspondiente al mes de Noviembre 2024
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de (noviembre). Durante el mes de noviembre no se realizarón actividades propias del contrato. **El Contrato finaliza el 15 de diciembre de 2024.**

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

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 (Si aplica observaciones en el mes a presentar): El contratista debe participar en una actividad para mostrar las funcionalidades del software que esta planeada para el mes de octubre.

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.

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Dra. Claudia Liliana Echeverría González	Claudia Echeverría
NÚMERO DE CEDULA:	**51.696.910**
CELULAR : 3143937675	**CORREO: cecheverria@homil.gov.co**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	0	0
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1