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: 13-07-2022
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 08
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	ENERO 2023				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	LICITACION PUBLICA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	N° 020/2022/HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
423/2022	SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2022-2023 SE LE ADJUDICA EL LOTE N°02	Fecha de suscripción:		26/12/2022
		Valor inicial:	$	554.900.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej:2022)	$	54.900.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2023)	$	500.000.000,00
		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	$	554.900.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			594622	164122
			Fecha: 26/12/2022	04/11/2022
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	33-44-101234184 Anexo 0 Responsabilidad civil N° 33-40-101072720 Anexo 0	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	28/12/2022	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	SMSM Ricardo Silva Rueda 28/12/2022	
		Fecha de inicio de contrato	28/12/2022	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			28/12/2022	30/11/2023
		Vigencia del Contrato: La vigencia será igual al plazo de ejecución y seis (6) meses más		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 860.529.890-0		
DISORTHO S.A.S		Dirección: Calle 84 N° 19 A 20		
		Teléfono: 6023333		
		Cuenta Bancaria No. 167-143253-31		
		Banco: BANCOLOMBIA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
				X

FORMA DE PAGO: El valor del contrato lo pagará Hospital Militar Central mediante pagos parciales periódicos que se cancelarán dentro de los Noventa (90) días siguientes al recibo a satisfacción de los bienes objeto del contrato, previo cumplimiento de los trámites administrativos

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 $
SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2022-2023 SE LE ADJUDICA EL LOTE N°02			dd/mm/aaaa		$ -
					$ -
					$ -
Total del mes					**$ -**
Saldo del contrato					**$ -**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$0,00**
VALOR EN LETRAS :	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión AAAA/MM/DD y riesgos profesionales AAAA/MM/DD Planilla N° xxxx – correspondiente al mes de XXXX

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (XXXX); 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): FACTURA MES ENERO DE 2023 SE ENCUENTRA EN REVISION EN FARMACIA TECNOLOGIAS EN SALUD

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	$ 54.900.000,00	$ 54.900.000,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2023	$ 500.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 500.000.000,00
	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 554.900.000,00	$ 54.900.000,00	$ 0,00	$ 500.000.000,00
	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.

INFORMACION GENERAL			SALUD		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SMSM Ricardo Silva Rueda

NUMERO DE CEDULA: 80.408.996

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

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:

FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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