| 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: | 31/01/2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | Suministros | TIPO DE PROCESO | Licitación pública | N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL | LP-015-2022-HOMIL |

| CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|---|---|
| CTO - 400/2022 | SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA QUIRÚRGICO EN SALAS DE CIRUGÍA DE LOS SERVICIOS QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. | Fecha de suscripción: | | 26/12/2022 |
| | | Valor inicial: | $ | 190.149.375,00 |
| | | VIGENCIA AÑO 2022 | $ | 12.187.500,00 |
| | | VIGENCIA AÑO 2023 | $ | 177.961.875,00 |
| | | VIGENCIA AÑO 2024 | $ | - |
| | | VIGENCIA AÑO 2025 | $ | - |
| | | VIGENCIA AÑO 2026 | $ | - |
| | | Adiciones | $ | - |
| | | VIGENCIA AÑO 2022 | $ | - |
| | | VIGENCIA AÑO 2023 | $ | - |
| | | VIGENCIA AÑO 2024 | $ | - |
| | | VIGENCIA AÑO 2025 | $ | - |
| | | VIGENCIA AÑO 2026 | $ | - |
| | | Reducciones y/o Liberaciones | $ | - |
| | | VIGENCIA AÑO 2022 | $ | - |
| | | VIGENCIA AÑO 2023 | $ | - |
| | | VIGENCIA AÑO 2024 | $ | - |
| | | VIGENCIA AÑO 2025 | $ | - |
| | | VIGENCIA AÑO 2026 | $ | - |
| | | Valor Total Contrato | $ | 190.149.375,00 |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF | N°CDP (SIIF). |
| | | | 111822 | 14322 |
| | | | Fecha: | 23/12/2022 |
| | | Garantía Cumplimiento | | 33-44-101234138 |
| | | Aseguradora | | SEGUROS DEL ESTADO |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía | | 26/12/2022 |
| | | Nombre del Supervisor y fecha de notificación: | | Martha Rodríguez Figueroa 23/12/2022 |
| | | Fecha de inicio de contrato | | 28/12/2022 |
| | | Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
| | | | 28/12/2022 | 15/12/2023 |
| | | Vigencia del Contrato: | 15/12/2023 | |
| | | Prorrogas: | En tiempo | |
| | | 1- | | |
| | | 2- | | |
| | | 3- | | |
| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: | | NIT: | | 800121151 |
| C.T.P. MEDICA S.A. | | Dirección: | | CO-CUN-25214 - Cota Departamento: Cundinamarca |
| | | Teléfono: | | 8773979 |
| | | Cuenta Bancaria No. | | 14105763494 |
| | | Banco: | | BANCOLOMBIA |
| | | Tipo de Cuenta: | Ahorros | Corriente |
| | | | | X |

**FORMA DE PAGO: NOVENTA (90) DÍAS**



| Descripción de Bienes a Recibir | Almacen que Ingresa | No. Factura | Fecha | No. Relación de Soportes | Valor $ |
|---|---|---|---|---|---|
| SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEUTICOS | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| Total del mes | | | | | $ - |
| Saldo del contrato | | | | | $ 190.149.375,00 |

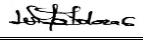
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | $0,00 |
|---|---|
| VALOR EN LETRAS : | CERO PESOS |

**NOTA 1: N/A**

**OBSERVACIONES: ESTE MES NO HUBO MOVIMIENTO PRESUPUESTAL**

**NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sea requeridos durante las actividades.**

| VIGENCIA | VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total) | VALOR EJECUTADO | VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN | PENDIENTE EJECUTAR |
|---|---|---|---|---|
| AÑO 2018 | $ 12.187.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 12.187.500,00 |
| AÑO 2019 | $ 177.961.875,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 177.961.875,00 |
| AÑO 2020 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 |
| AÑO 2021 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 |
| AÑO 2022 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 |
| VALOR TOTAL | $ 190.149.375,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 190.149.375,00 |
| | VALOR TOTAL CONTRATADO | VALOR TOTAL EJECUTADO | VALOR LIBERADO | VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR |

| | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: | Luz María Toloza González |
| NUMERO DE CEDULA: | 39.648.310 |
| FIRMA : |  |

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD: N/A

FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR: N/A

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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