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:	31/03/2023				
TIPO DE CONTRATO	Suministros	TIPO DE PROCESO	Mínima cuantía	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	MC-224-2022-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
CTO - 244/2022	SUMINISTRO DE ALOINJERTOS, BANCO DE HUESO PARA EL ÁREA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		25/08/2022
		Valor inicial:	$	65.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2018	$	-
		VIGENCIA AÑO 2019	$	-
		VIGENCIA AÑO 2020	$	-
		VIGENCIA AÑO 2021	$	-
		VIGENCIA AÑO 2022	$	65.000.000,00
		Adiciones	$	-
		VIGENCIA AÑO 2018	$	-
		VIGENCIA AÑO 2019	$	-
		VIGENCIA AÑO 2020	$	-
		VIGENCIA AÑO 2021	$	-
		VIGENCIA AÑO 2022	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones	$	-
		VIGENCIA AÑO 2018	$	-
		VIGENCIA AÑO 2019	$	-
		VIGENCIA AÑO 2020	$	-
		VIGENCIA AÑO 2021	$	-
		VIGENCIA AÑO 2022	$	-
		Valor Total Contrato	$	65.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			350722	108322
			Fecha:	10/08/2022
		Garantía Cumplimiento		21-44-101392035
		Aseguradora		SEGUROS DEL ESTADO S.A
		Fecha de aprobación de la Garantía		29/08/2022
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		Martha Rodríguez Figueroa 25/08/2022
		Fecha de inicio de contrato		30/08/2022
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			30/08/2022	31/03/2023
		Vigencia del Contrato:	31/03/2023	
		Prorrogas:	En tiempo	
		1-		
		2-		
		3-		

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		
FUNDACIÓN COSME Y DAMIÁN	NIT:	800053550
	Dirección:	CO-DC - Distrito Capital de Bogotá Departamento: Distrito Capital de Bogotá
	Teléfono:	6583200
	Cuenta Bancaria No.	018003046
	Banco:	BANCO ITAÚ
	Tipo de Cuenta:	Ahorros: — / Corriente: X

FORMA DE PAGO: NOVENTA (90) DÍAS

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

Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
SUMINISTRO DE ALOINJERTOS, BANCO DE HUESO PARA EL ÁREA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Farmacia tecnologías en salud	145851	14/03/2023	ZD000000004375	$ 4.668.000,00
	Farmacia tecnologías en salud	146007	28/03/2023	ZD000000004519	$ 4.668.000,00
	Farmacia tecnologías en salud	146001	27/03/2023	ZD000000004522	$ 2.334.000,00
Total del mes					**$ 11.670.000,00**
Saldo del contrato					**$ 5.116.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$11.670.000,00
VALOR EN LETRAS :	ONCE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL PESOS

NOTA 1: SE ANEXA CERTIFICADO DE PAGOS DE PARAFISCALES DEL FEBRERO DEL 2023
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de acuerdo con la normatividad vigente.
DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION Y SIN OBSERVACIONES LOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS PREVISTOS EN EL CONTRATO DE LA REFERENCIA

OBSERVACIONES:

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	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2019	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2020	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2021	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2022	$ 65.000.000,00	$ 59.884.000,00	$ 0,00	$ 5.116.000,00
VALOR TOTAL	$ 65.000.000,00	$ 59.884.000,00	$ 0,00	$ 5.116.000,00
	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