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	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 - 401/2022	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:		23/12/2022
		Valor inicial:	$	3.175.132.500,00
		VIGENCIA AÑO 2022	$	382.500.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$	2.792.632.500,00
		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	$	3.175.132.500,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			111622	14322
			Fecha:	23/12/2022
		Garantía Cumplimiento		38-44-101055908
		Aseguradora		SEGUROS DEL ESTADO
		Fecha de aprobación de la Garantía		23/12/2022
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		Martha Rodríguez Figueroa 23/12/2022
		Fecha de inicio de contrato		27/12/2022
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			27/12/2022	15/11/2023
		Vigencia del Contrato: 15/11/2023		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT:		900126531
DESMEDICOS SAS		Dirección:		CO-DC-11001 - Bogotá Departamento: Distrito Capital de Bogotá
		Teléfono:		7045641
		Cuenta Bancaria No.		70230460556
		Banco:		BANCOLOMBIA
		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 INSUMOS Y DISPOSITIVOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEUTICOS	Farmacia tecnologías en salud	DESM12448	16/03/2023	ZD000000004372	$ 106.637.300,00
	Farmacia tecnologías en salud	DESM12497	24/03/2023	ZD000000004436	$ 25.071.406,00
	Farmacia tecnologías en salud	DESM12553	30/03/2023	ZD000000004484	$ 49.939.334,00
Total del mes					$ 181.648.040,00
Saldo del contrato					$ 2.266.133.244,00

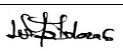
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$181.648.040,00
VALOR EN LETRAS :	CIENTO OCHENTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUARENTA PESOS

NOTA 1: SE ANEXA CERTIFICADO DE PAGOS DE PARAFISCALES DEL MES DE FEBERO 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 2022	$ 382.500.000,00	$ 382.500.000,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2023	$ 2.792.632.500,00	$ 526.499.256,00	$ 0,00	$ 2.266.133.244,00
AÑO 2024	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2025	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2026	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 3.175.132.500,00	$ 908.999.256,00	$ 0,00	$ 2.266.133.244,00
	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