Fecha:	ABRIL 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			
426/2022	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° 10	Fecha de suscripción:			26/12/2022
		Valor inicial:	$		23.800.000,00
		VIGENCIA AÑO 2022	$		3.800.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$		20.000.000,00
		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	$		23.800.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF		N°CDP (SIIF).
			594722		164122
			26/12/2022		04/11/2022
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	N°21-46-101055848 Anexo 0 Responsabilidad Civil N° 21-40-101203250		
		Aseguradora (Si aplica):	Seguros del Estado S.A		
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	27/12/2022		
		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. 900.607.032-7			
ARTIUM S.A.S		Dirección: Calle 127 N° 14-54 OFC 611			
		Teléfono: 3102477606			
		Cuenta Bancaria N° 769-*95197-88			
		Banco: BANCOLOMBIA			
		Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente
					X

FORMA DE PAGO: El valor del contrato lo pagará Hospital Militar Central mediante pagos parciales previo informe de supervision 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 $
	FARMACIA TECNOLOGIAS EN SALUD	N/A	N/A	N/A	N/A
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° 10					
Total del mes					**N/A**
Saldo del contrato					**$ 19.300.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**N/A**
VALOR EN LETRAS :	**N/A**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión certificado de fecha :
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): DURANTE EL MES DE ABRIL 2023 NO SE SOLICITÓ INSUMOS AL CONTRATISTA

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	$ 3.800.000,00	$ 3.800.000,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2023	$ 20.000.000,00	$ 700.000,00	$ 0,00	$ 19.300.000,00
	$ 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	$ 23.800.000,00	$ 4.500.000,00	$ 0,00	$ 19.300.000,00
	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		PENSIÓN		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 Subdirecto

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	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1