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:	30/04/2023				
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 - 404/2022	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:	$	682.587.500,00
		VIGENCIA AÑO 2022	$	43.750.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$	638.837.500,00
		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	$	682.587.500,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			113322	14322
			Fecha:	23/12/2022
		Garantía Cumplimiento		C-100013019
		Aseguradora		SEGUROS MUNDIAL
		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		26/16/12
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			26/16/12	15/12/2023
		Vigencia del Contrato:	15/12/2023	
		Prorrogas:	En tiempo	
		1-		
		2-		
		3-		

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT:	890300292	
Laboratorios Baxter S.A.	Dirección:	CO-VAC-76001 - Cali Departamento: Valle del Cauca	
	Teléfono:	15893000	
	Cuenta Bancaria No.	484214226	
	Banco:	Banco de Bogotá	
	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			X

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 tecnologias en salud	95239820	11/04/2023	ZD000000004586	$ 4.872.000,00
	Farmacia tecnologias en salud	95239821	11/04/2023	ZD000000004587	$ 8.032.500,00
	Farmacia tecnologias en salud	95239884	11/04/2023	ZD000000004576	$ 84.493.000,00
	Farmacia tecnologias en salud	95239982	12/04/2023	ZD000000004638	$ 20.520.000,00
Total del mes					$ 117.917.500,00
Saldo del contrato					$ 361.348.500,00

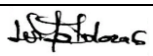
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$117.917.500,00
VALOR EN LETRAS :	CIENTO DIEZ Y SIETE MILLONES NOVECIENTOS DIEZ Y SIETE MIL QUINIENTOS PESOS

NOTA 1: SE ANEXA CERTIFICADO DE PAGOS DE PARAFISCALES DEL MES DE MARZO 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	$ 43.750.000,00	$ 43.750.000,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2023	$ 638.837.500,00	$ 277.489.000,00	$ 0,00	$ 361.348.500,00
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	$ 682.587.500,00	$ 321.239.000,00	$ 0,00	$ 361.348.500,00
	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