

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				
<u>TIPO DE CONTRATO</u>	Suministros	<u>TIPO DE PROCESO</u>	Mínima cuantía	<u>Nº DE PROCESO EN EL SECOP II</u> / <u>TIENDA VIRTUAL</u>	MC-296-2022-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
CTO - 394/2022	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS (SONDAS FOLEY) REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA QUIRÚRGICO EN SALAS DE CIRUGÍA DE LOS SERVICIOS QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		22/12/2022	
		Valor inicial:		\$ 5.000.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2022		\$ 2.000.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2023		\$ 3.000.000,00	
		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		\$ 5.000.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF).
				117122	14322
				Fecha:	21/12/2022
		Garantía Cumplimiento		33-44-101234195	
		Aseguradora		SEGUROS DEL ESTADO	
		Fecha de aprobación de la Garantía		27/12/2022	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		Martha Rodríguez Figueroa 22/12/2022	
		Fecha de inicio de contrato		30/12/2022	
		Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
				30/12/2022	30/04/2023
		Vigencia del Contrato:		30/04/2023	
		Prorrogas: En tiempo			
		1-			
		2-			
3-					
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 860024862			
QUIRURGICOS LTDA	Dirección:		CO-DC - Distrito Capital de Bogotá Departamento: Distrito Capital de Bogotá		
	Teléfono:		7441740		
	Cuenta Bancaria No.		16502124654		
	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	

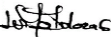
Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingres	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEUTICOS	Farmacia tecnologías en salud	289921	11/04/2023	ZD000000004573	\$ 1.329.600,00
	Farmacia tecnologías en salud	290087	24/04/2023	ZD000000004692	\$ 218.000,00
Total del mes					\$ 1.547.600,00
Saldo del contrato					\$ 6.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$1.547.600,00
VALOR EN LETRAS :	UN MILLON QUINIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS 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 2018	\$ 2.000.000,00	\$ 2.000.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO 2019	\$ 3.000.000,00	\$ 2.994.000,00	\$ 0,00	\$ 6.000,00
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	\$ 5.000.000,00	\$ 4.994.000,00	\$ 0,00	\$ 6.000,00
	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