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:	31/05/2023				
TIPO DE CONTRATO	Suministros	TIPO DE PROCESO	Selección Abreviada de Menor Cuantia sin Manifestacion de Interés	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SA-031-2023-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
CTO - 220/2023	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS REQUERIDOS POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	Fecha de suscripción:		8/05/2023
		Valor inicial:	$	280.850.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$	280.850.000,00
		VIGENCIA AÑO 2024	$	-
		VIGENCIA AÑO 2025	$	-
		VIGENCIA AÑO 2026	$	-
		2023	$	-
		Adiciones	$	-
		VIGENCIA AÑO 2023	$	-
		VIGENCIA AÑO 2024	$	-
		VIGENCIA AÑO 2025	$	-
		VIGENCIA AÑO 2026	$	-
		VIGENCIA AÑO 2027	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones	$	-
		VIGENCIA AÑO 2023	$	-
		VIGENCIA AÑO 2024	$	-
		VIGENCIA AÑO 2025	$	-
		VIGENCIA AÑO 2026	$	-
		VIGENCIA AÑO 2027	$	-
		Valor Total Contrato	$	280.850.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			222123	10323
			Fecha:	28/04/2023
		Garantía Cumplimiento	33-46-101050672	
		Aseguradora	SEGUROS DEL ESTADO	
		Fecha de aprobación de la Garantía	8/05/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	Luz María Toloza González 8/05/2023	
		Fecha de inicio de contrato	9/05/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			9/05/2023	15/11/2023
		Vigencia del Contrato:	15/11/2023	
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT:	830065332	
WORLD MEDICAL SAS		Dirección:	CO-DC - Distrito Capital de Bogotá Departamento: Distrito Capital de Bogotá	
		Teléfono:	7433292	
		Cuenta Bancaria No.	0560450769998904	
		Banco:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
				X

FORMA DE PAGO: SESENTA (60) 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	FTS	WM69974	11/05/2023	ZD000000004925	$ 62.131.450,00
	FTS	WM69973	11/05/2023	ZD000000004935	$ 15.310.711,00
	FTS	WM70103	19/05/2023	ZD000000005161	$ 7.924.200,00
	FTS	WM70104	19/05/2023	ZD000000005164	$ 5.693.250,00
	FTS	WM70217	24/05/2023	ZD000000005191	$ 15.537.760,00
	FTS	WM70218	24/05/2023	ZD000000005192	$ 1.537.750,00
Total del mes					$ 108.135.121,00
Saldo del contrato					$ 172.714.879,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$108.135.121,00
VALOR EN LETRAS :	CIENTO OCHO MILLONES CIENTO TREINTA Y CINCO MIL CIENTO VEINTIUN PESOS

NOTA 1: SE ANEXA CERTIFICADO DE PAGOS DE PARAFISCALES DEL MES DE ABRIL DE 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 2023	$ 280.850.000,00	$ 108.135.121,00	$ 0,00	$ 172.714.879,00
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
AÑO 2027	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 280.850.000,00	$ 108.135.121,00	$ 0,00	$ 172.714.879,00
	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