HOSPITAL MILITAR CENTRAL A1:053	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
[redacted]	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 06-02-2023
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 09
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	JULIO 2023				
TIPO DE CONTRATO	264-2023	TIPO DE PROCESO	SELECCIÓN ABREVIADA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SA 037-2023

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
264-2023	ADQUISICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA LA UNIDAD CLINICO QUIRURGICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		3/27/2023
		Valor inicial:		$ 81.027.338
		VIGENCIA AÑO (Ej:2023)		$ 81.027.338
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2021)	$	-
		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	$	81.027.338,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			246423	55323
			6/2/2023	3/21/2021
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		100263758
		Aseguradora (Si aplica):		COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS SA
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		6/8/2023
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO
		Fecha de inicio de contrato		6/9/2023
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			6/9/2023	8/15/2023
		Vigencia del Contrato: 15/08/2023		
		Prorrogas:		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 8600264425		
B.BRAUN MEDICAL		Dirección: AVENIDA CRA 19 #100-45 WE WORK BRAUN MEDICAL SA		
		Teléfono: 310 2694023		
		Cuenta Bancaria No. 833006299		
		Banco: BBVA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
				X

FORMA DE PAGO: CONSIGNACION BANCARIA

Powered by CamScanner

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
0		Página:		2 DE 3	

Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
NO GENERA FACTURACION					
					$
					$
Total del mes					
Saldo del contrato					$ 81.027.338

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$0,00
VALOR EN LETRAS :	0

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales M Planilla N° correspondiente al mes de ABRIL
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (ABRIL); 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):

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 XXXX	$ 81.027.338,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 81.027.338,00		$ 0,00	$ 81.027.338,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE P EJECUTAR

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: MARTHA LIGIA CASTAÑO

NUMERO DE CEDULA: 35418457

FIRMA :

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		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		

Powered by CamScanner