| 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: | JULIO 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 JULIO 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 | | PENSION | | 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 Subdirector

**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 | | N/A |
| Acta de supervisión y/o Factura | | N/A |
| Pago de Seguridad Social | | N/A |