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: 06-02-2023
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 09
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	31/07/2023				
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 - 403/2022	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:			26/12/2022
		Valor inicial:	$		397.500.000,00
		VIGENCIA AÑO 2022	$		8.500.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$		389.000.000,00
		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	$		397.500.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF		N°CDP (SIIF).
			116622		14322
			Fecha:		23/12/2022
		Garantía Cumplimiento			2043973
		Aseguradora			JMALUCELLI TRAVELLERS
		Fecha de aprobación de la Garantía			27/12/2022
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:			Luz María Toloza González 09/02/2022
		Fecha de inicio de contrato			29/12/2022
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
			29/12/2022		15/11/2023
		Vigencia del Contrato:	15/11/2023		
		Prorrogas: En tiempo			
		1-			
		2-			
		3-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT:			860019041
Laboratorios Alcon de Colombia S.A		Dirección:			CO-DC - Distrito Capital de Bogotá Departamento: Distrito Capital de Bogotá
		Teléfono:			6016544666
		Cuenta Bancaria No.			20590897014
		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 Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
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	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Total del mes					$ -
Saldo del contrato					$ 161.917,00

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

NOTA 1: N/A

OBSERVACIONES: EN ESTE MES NO HUBO MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

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	$ 8.500.000,00	$ 8.500.000,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2023	$ 389.000.000,00	$ 388.838.083,00	$ 0,00	$ 161.917,00
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	$ 397.500.000,00	$ 397.338.083,00	$ 0,00	$ 161.917,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalladael cuadro realcionado a continuacion:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NUMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NUMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado/ existencias almacen)	CANTIDAD	NUMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**Luz María Toloza González**
NUMERO DE CEDULA:	**39.684.310**
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