HOSPITAL MILITAR CENTRAL A1:053	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:	ago-23				
TIPO DE CONTRATO	229-2023	TIPO DE PROCESO	SELECCIÓN POR MINIMA CUANTIA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SA 031 2023

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
229-2023	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS REQUERIDOS POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES QUE COMPONEN LA UNIDAD CLINICO QUIRURGICA DE LA SUABDIRECCION MEDICAL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		8/05/2023
		Valor inicial:		$ 43.626.000
		VIGENCIA AÑO (Ej:2023)		$ 43.626.000
		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	$	43.626.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			222223	10323
			8/05/2023	11/01/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 007120199		
		Aseguradora (Si aplica):		SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		11/05/2023
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO
		Fecha de inicio de contrato		11/05/2023
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			11/05/2023	15/11/2023
		Vigencia del Contrato:		
		Prorrogas:	En tiempo	
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT:		
KAIKA SAS		Dirección: CARRERA 7 71-23		
		Teléfono: 310 2694023		
		Cuenta Bancaria 007120199		
		Banco: ITAU		
		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					$ 43.626.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	
VALOR EN LETRAS :	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales correspondiente al mes de
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (); 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	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 43.626.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 43.626.000,00
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	$ 43.626.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR 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