

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: GESTION ADQUISICIONES		VERSION: 09
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		PAGINA 1 DE 2

Fecha:	31/08/2023			
TIPO DE CONTRATO	Suministros	TIPO DE PROCESO	Mínima cuantía	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL
				SA-003-2023-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA		OBJETO:		DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
CTO - 058/2023	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:			22/02/2023	
		Valor inicial:			\$	1.584.317.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023			\$	1.584.317.000,00
		Adiciones			\$	-
		VIGENCIA AÑO 2023			\$	-
		Reducciones y/o Liberaciones			\$	-
		VIGENCIA AÑO 2023			\$	-
		Valor Total Contrato			\$	1.584.317.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF		N°CDP (SIIF).
				161923		10323
				Fecha:		21/02/2023
		Garantía Cumplimiento			NB-100085185	
		Aseguradora			SEGURO MUNDIAL	
		Fecha de aprobación de la Garantía			22/02/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:			Luz María Toloza González 22/02/2023	
		Fecha de inicio de contrato			7/02/2023	
		Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
				7/02/2023		15/11/2023
		Vigencia del Contrato:			15/11/2023	
		Prorrogas: En tiempo				
		1-				
		2-				
3-						
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT:			830041488	
ALFA TRADING SAS	Dirección:					CO-DC - Distrito Capital de Bogotá Departamento: Distrito Capital de Bogotá
	Teléfono:					4283966
	Cuenta Bancaria No.					011407789
	Banco:					ITAU CORPBANCA COLOMBIA S A
	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	VERSION	08
			Página:		2 DE 2

Descripción de Bienes a Recibir	Almacén 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 CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA	FTS	INST208446	1/08/2023	ZD000000006501	\$ 73.520.000,00
Total del mes					\$ 73.520.000,00
Saldo del contrato					\$ 745.952.280,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$73.520.000,00
VALOR EN LETRAS :	SETENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE

NOTA 1: SE ANEXA CERTIFICADO DE PAGOS DE PARAFISCALES DEL MES DE JULIO DEL 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
ANO 2023	\$ 1.584.317.000,00	\$ 838.364.720,00	\$ 0,00	\$ 745.952.280,00
ANO 2024	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
ANO 2025	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
ANO 2026	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
ANO 2027	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
	\$ 1.584.317.000,00	\$ 838.364.720,00	\$ 0,00	\$ 745.952.280,00
VALOR TOTAL	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detallada el cuadro relacionado a continuación:

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:										39.648.310				
FIRMA : <div></div>														

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