| 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: | 30/08/2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | SUMINISTRO | TIPO DE PROCESO | 041-2023 | N° DE PROCESO EN EL SECOP II / | MC-038-2023-HOMIL |

| CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|---|---|
| 041-2023 | SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS Y ACCESORIOS INDISPENSABLES PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES PEDIATRICOS CON FIBROSIS QUISTICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL | Fecha de suscripción: | | 9/02/2023 |
| | | Valor inicial: | $ | 8.400.000,00 |
| | | VIGENCIA AÑO 2022 | | |
| | | | $ | - |
| | | | $ | - |
| | | | $ | - |
| | | | $ | - |
| | | Adiciones (Si aplica) : | | |
| | | 1-VIGENCIA AÑO 2022 | | |
| | | 2- | $ | - |
| | | 3- | $ | - |
| | | 4- | $ | - |
| | | Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) : | $ | - |
| | | 1- | $ | - |
| | | 2- | $ | - |
| | | 3- | $ | - |
| | | 4- | $ | - |
| | | Valor Total Contrato | $ | 8.400.000,00 |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF | N°CDP (SIIF). |
| | | | 21623 | 155723 |
| | | | Fecha: | 16/02/2023 |
| | | Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | 33-44-101235773 | |
| | | Aseguradora (Si aplica): | SEGUROS DEL ESTADO S.A | |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 17/02/2023 | |
| | | Nombre del Supervisor y fecha de notificación: | BETHY LUCILA CAMARGO VARGAS | |
| | | Fecha de inicio de contrato | 5/04/2023 | |
| | | Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
| | | | 8/03/2023 | 31/10/2023 |
| | | Vigencia del Contrato: 31/10/2023 | | |
| | | Prorrogas: | | |
| | | 1- | | |
| | | 2- | | |
| | | 3- | | |
| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: | | NIT: 900695756 | | |
| GERIACARE SAS | | Dirección: calle 142 #20-89 | | |
| | | Teléfono: 5270293 | | |
| | | Cuenta Bancaria No. 008769997472 | | |
| | | Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A. | | |
| | | Tipo de Cuenta: | Ahorros | Corriente |
| | | | | X |

**FORMA DE PAGO: sesenta (60) días siguientes al recibo a satisfacción de los bienes objeto del contrato**

| 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 DISPOSITIVOS Y ACCESORIOS INDISPENSABLES PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES PEDIATRICOS CON FIBROSIS QUISTICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL | FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD | RS2805 | 9/08/2023 | ZD000000006642 | $ 630.000,00 |
| **Total del mes** | | | | | **$ 630.000,00** |
| **Saldo del contrato** | | | | | **$ 7.140.000,00** |

| | |
|---|---|
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE** | **$630.000,00** |
| **VALOR EN LETRAS :** | **SEISCIENTOS TREINTA MIL PESOS.** |

**NOTA 1:** 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 y obligaciones contractuales.

**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 |
|---|---|---|---|---|
| AÑO 2022 | $ 8.400.000,00 | $ 1.260.000,00 | $ 0,00 | $ 7.140.000,00 |
| VALOR TOTAL | $ 8.400.000,00 | $ 1.260.000,00 | $ 0,00 | $ 7.140.000,00 |
| | VALOR TOTAL CONTRATADO | VALOR TOTAL EJECUTADO | VALOR LIBERADO | VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR |

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: BETHY LUCILA CAMARGO VARGAS**

**NUMERO DE CEDULA: 46384755**

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