| 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: | 31/08/2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | COMPRAVENTA | TIPO DE PROCESO | SELECCIÓN ABREVIADA POR SUBASTA INVERSA | N° DE PROCESO EN EL SECOP II TIENDA VIRTUAL | SI-003-2023-HOMIL |

| CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|---|---|
| 345-2023 | ADQUISICION DE DOTACION DE CALZADO Y VESTIDO DE LABOR PARA EL PERSONAL QUE DEVENGA UN INGRESO IGUAL O INFERIOR A DOS SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES QUE LABORAN PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL (LOTE No. 2 CALZADO) | Fecha de suscripción: | | 27/07/2023 |
| | | Valor inicial: | $ | 62.009.758,08 |
| | | VIGENCIA AÑO 2023 | $ | 62.009.758,08 |
| | | VIGENCIA AÑO | $ | - |
| | | 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 | $ | 62.009.758,08 |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF | N°CDP (SIIF). |
| | | | 279523 | 95823 |
| | | | Fecha: | 25/07/2023 |
| | | Garantía Cumplimiento : | 14-44-101189095 | |
| | | Aseguradora : | SEGUROS DEL ESTADO SA | |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía : | 27/07/2023 | |
| | | Nombre del Supervisor y fecha de notificación: | ALVARO ENRIQUE NUÑEZ ARIZA | |
| | | Fecha de inicio de contrato | 27/07/2023 | |
| | | Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
| | | | 27/07/2023 | 30/09/2023 |
| | | Vigencia del Contrato: 30-09-2023 | | |
| | | Prorrogas: | | |
| | | PRORROGA 01 HASTA EL 31/10/2023 | | |
| | | 2- | | |
| | | 3- | | |
| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: | | NIT: 900.817.375-9 | | |
| NANCY STELLA RODRIGUEZ VEGA | | Dirección: CARRERA 65A 67 - 71 | | |
| | | Teléfono: 3017059716 | | |
| | | Cuenta Bancaria No. 67400002315 | | |
| | | Banco: BANCOLOMBIA | | |
| | | Tipo de Cuenta: | Ahorros | Corriente |
| | | | X | |

**FORMA DE PAGO: Dentro de los 90 dias calendrio**

| FORMATO | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CODIGO | GA-GECO-MN-01-FT-05 | VERSIÓN | O8 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Página: | | 2 DE 2 | |

| Descripción de Bienes a Recibir | Almacen que Ingresa | No. Factura | Fecha | No. Relación de Soportes | Valor $ |
|---|---|---|---|---|---|
| ADQUISICION DE DOTACION DE CALZADO Y VESTIDO DE LABOR PARA EL PERSONAL QUE DEVENGA UN INGRESO IGUAL O INFERIOR A DOS SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES QUE LABORAN PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL (LOTE No. 2 CALZADO) | | | | | $ - |
| | | | | | $ - |
| | | | | | $ - |
| **Total del mes** | | | | | **$ -** |
| **Saldo del contrato** | | | | | **0,00** |

| | |
|---|---|
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE** | **$0,00** |
| **VALOR EN LETRAS :** | |

**NOTA 1:**

**OBSERVACIONES : NO HAY MOVIMIENTO**

**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 2023 | $ 62.009.758,08 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 62.009.758,08 |
| | VALOR TOTAL CONTRATADO | VALOR TOTAL EJECUTADO | VALOR LIBERADO | VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR |

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: ALVARO ENRIQUE NUÑEZ ARIZA**

**NUMERO DE CEDULA: 93395679 IBAGUE (TOLIMA )**

**FIRMA :**

**FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD: MARIA ANDREA GRILLO ROA**

**FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR (E) : ING. JOSE MIGUEL CORTES GARCIA**

**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 | | |