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:	20/09/2023				
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	$	150.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$	150.000.000,00
		Valor Total Contrato	$	1.434.317.000,00
		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	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	FTS	INST210598	18/09/2023	ZD000000007339	$ 60.941.140,00
Total del mes					$ 60.941.140,00
Saldo del contrato					$ 416.539.500,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$60.941.140,00
VALOR EN LETRAS :	SESENTA MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y UN MIL CIANTO CUARENTA PESO

NOTA 1: SE ANEXA CERTIFICADO DE PAGOS DE PARAFISCALES DEL MES DE SEPTIEMBRE 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

p

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 2023	$ 1.434.317.000,00	$ 1.017.777.500,00	$ 150.000.000,00	$ 416.539.500,00
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
AÑO 2027	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 1.434.317.000,00	$ 1.017.777.500,00	$ 150.000.000,00	$ 416.539.500,00
	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:	**Martha Consuelo Romero Torres [E]**
NUMERO DE CEDULA:	**51.871.493**
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	N/A	N/A
Acta de supervisión y/o Factura	X	2
Pago de Seguridad Social	X	1