

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:	30/09/2023				
TIPO DE CONTRATO	Suministros	TIPO DE PROCESO	Mínima cuantía	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II L TIENDA VIRTUAL	MC-173-2023-HOMIL

CONTRATO N° / ORDEN DE COMPRA		OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
CTO - 283/2023	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS (ANILLOS Y LENTES) REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA QUIRÚRGICO DE OPTALMOLOGIA EN SALAS DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:	7/06/2023			
		Valor inicial:	\$	52.000.000,00		
		VIGENCIA AÑO 2023	\$	52.000.000,00		
		VIGENCIA AÑO 2024	\$	-		
		VIGENCIA AÑO 2025	\$	-		
		VIGENCIA AÑO 2026	\$	-		
		Adiciones	\$	-		
		VIGENCIA AÑO 2023	\$	-		
		VIGENCIA AÑO 2024	\$	-		
		VIGENCIA AÑO 2025	\$	-		
		VIGENCIA AÑO 2026	\$	-		
		Reducciones y/o Liberaciones	\$	-		
		VIGENCIA AÑO 2022	\$	-		
		VIGENCIA AÑO 2024	\$	-		
		VIGENCIA AÑO 2025	\$	-		
		VIGENCIA AÑO 2026	\$	-		
		Valor Total Contrato		\$	52.000.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF).	
				250223	10323	
				Fecha:	7/06/2023	
		Garantía Cumplimiento		BQ 100070518		
		Aseguradora		SEGUROS MUNDIAL		
		Fecha de aprobación de la Garantía		7/06/2023		
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		Luz María Toloza González 09/06/2023		
		Fecha de inicio de contrato		15/06/2023		
		Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
				15/06/2023	15/12/2023	
		Vigencia del Contrato:		15/12/2023		
Prorrogas: En tiempo						
1-						
2-						
3-						
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 802017441				
LENTECH S.A	Dirección:		CO-ATL-08001 - Barranquilla Departamento: Atlántico			
	Teléfono:		3168340577			
	Cuenta Bancaria No.		48327622771			
	Banco:		BANCOLOMBIA 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	O8
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEUTICOS	FTS	N/A	N/A	N/A	N/A
Total del mes					\$ -
Saldo del contrato					\$ 48.820.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$0.00
VALOR EN LETRAS :	CERO PESOS

NOTA 1: N/A

OBSERVACIONES: EN ESTE MES NO HUBO MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

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	\$ 52.000.000,00	\$ 3.180.000,00	\$ 0,00	\$ 48.820.000,00
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
VALOR TOTAL	\$ 52.000.000,00	\$ 3.180.000,00	\$ 0,00	\$ 48.820.000,00
	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:

Luz María Toloza González

NUMERO DE CEDULA:

39.648.310

FIRMA :



FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD: N/A

FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR: N/A

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº 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