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:	30/10/2023				
TIPO DE CONTRATO	Suministros	TIPO DE PROCESO	Licitación pública	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	LP-015-2022-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
CTO - 397/2022	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:		26/12/2022
		Valor inicial:	$	73.134.375,00
		VIGENCIA AÑO 2022	$	4.687.500,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$	68.446.875,00
		VIGENCIA AÑO 2024	$	-
		VIGENCIA AÑO 2025	$	-
		VIGENCIA AÑO 2026	$	-
		Adiciones	$	-
		VIGENCIA AÑO 2022	$	-
		VIGENCIA AÑO 2023	$	-
		VIGENCIA AÑO 2024	$	-
		VIGENCIA AÑO 2025	$	-
		VIGENCIA AÑO 2026	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones	$	-
		VIGENCIA AÑO 2022	$	-
		VIGENCIA AÑO 2023	$	-
		VIGENCIA AÑO 2024	$	-
		VIGENCIA AÑO 2025	$	-
		VIGENCIA AÑO 2026	$	-
		Valor Total Contrato	$	73.134.375,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			116922	14322
			Fecha:	23/12/2022
		Garantía Cumplimiento	2043966	
		Aseguradora	Jmalucelli	
		Fecha de aprobación de la Garantía	26/12/2022	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	Luz María Toloza González	09/02/2023
		Fecha de inicio de contrato	29/12/2022	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			29/12/2022	15/12/2023
		Vigencia del Contrato:	15/12/2023	
		Prorrogas:	En tiempo	
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT:	811001723	
Arrow Medical SAS		Dirección:	CO-ANT-05001 - Medellín Departamento: Antioquia	
		Teléfono:	604 3561111	
		Cuenta Bancaria No.	37567216528	
		Banco:	BANCOLOMBIA	
		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 DISPOSITIVOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEUTICOS	FTS	EFB4963	10/10/2023 12:00 a. m.	ZD000000007770	$ 1.770.000,00
Total del mes					$ 1.770.000,00
Saldo del contrato					$ 564.375,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$1.770.000,00
VALOR EN LETRAS :	UN MILLON SETECIENTOS SETENTA MIL PESOS M/CTE

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 2022	$ 4.687.500,00	$ 4.687.500,00	$ 0,00		$ 0,00
ANO 2023	$ 68.446.875,00	$ 67.882.500,00	$ 0,00		$ 564.375,00
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	$ 73.134.375,00	$ 72.570.000,00	$ 0,00		$ 564.375,00
	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	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