

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 GESTIÓN INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 DE 2

Fecha:	31/10/2023				
TIPO DE CONTRATO	Suministros	TIPO DE PROCESO	Selección Abreviada de Menor Cuantía sin Manifestación de Interés	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SA-003-2023-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
CTO - 073/2023	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:	\$	31.941.875,00	
		VIGENCIA AÑO 2023	\$	31.941.875,00	
		VIGENCIA AÑO 2024	\$	-	
		VIGENCIA AÑO 2025	\$	-	
		VIGENCIA AÑO 2026	\$	-	
		VIGENCIA AÑO 2027	\$	-	
		Adiciones	\$	-	
		VIGENCIA AÑO 2023	\$	-	
		VIGENCIA AÑO 2024	\$	-	
		VIGENCIA AÑO 2025	\$	-	
		VIGENCIA AÑO 2026	\$	-	
		VIGENCIA AÑO 2027	\$	-	
		Reducciones y/o Liberaciones	\$	-	
		VIGENCIA AÑO 2023	\$	-	
		VIGENCIA AÑO 2024	\$	-	
		VIGENCIA AÑO 2025	\$	-	
		VIGENCIA AÑO 2026	\$	-	
		VIGENCIA AÑO 2027	\$	-	
		Valor Total Contrato		\$	31.941.875,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF).
				162323	10323
				Fecha:	26/01/2023
		Garantía Cumplimiento		45-44-101145835	
		Aseguradora		SEGUROS DEL ESTADO S.A	
		Fecha de aprobación de la Garantía		24/02/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		Luz María Toloza González 22/02/2023	
		Fecha de inicio de contrato		1/03/2023	
		Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
				1/03/2023	15/11/2023
Vigencia del Contrato:		15/11/2023			
Prorrogas: En tiempo					
1-					
2-					
3-					
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 800108708			
TM MEDICAS S.A.S	Dirección:		CO-DC - Distrito Capital de Bogotá Departamento: Distrito Capital de Bogotá		
	Teléfono:		5240015		
	Cuenta Bancaria No.		06510870804		
	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	Almacén que Ingresó	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS	FTS	N/A	N/A	N/A	N/A
Total del mes					\$ -
Saldo del contrato					\$ 20.339.375,00

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	\$ 31.941.875,00	\$ 11.602.500,00	\$ 0,00	\$ 20.339.375,00
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
ANO 2027	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
VALOR TOTAL	\$ 31.941.875,00	\$ 11.602.500,00	\$ 0,00	\$ 20.339.375,00
	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	FECH A DE INGR ESO	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