

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:	OCTUBRE 2023			
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	LICITACION PUBLICA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL
				N° 020/2022/HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
426/2022	SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2022-2023 SE LE ADJUDICA EL LOTE N° 10	Fecha de suscripción:		26/12/2022	
		Valor inicial:		\$ 23.800.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2022		\$ 3.800.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2023		\$ 20.000.000,00	
		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		\$	23.800.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF).
				594722	164122
				26/12/2022	04/11/2022
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		N°21-46-101055848 Anexo 0 Responsabilidad Civil N° 21-40-101203250	
		Aseguradora (Si aplica):		Seguros del Estado S.A	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		27/12/2022	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		SMSM Ricardo Silva Rueda 28/12/2022	
		Fecha de inicio de contrato		28/12/2022	
		Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
				28/12/2022	30/11/2023
		Vigencia del Contrato: La vigencia será igual al plazo de ejecución y seis (6) meses más			
		Prorrogas:			
		1-			
		2-			
		3-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C. 900.607.032-7			
ARTIUM S.A.S		Dirección: Calle 127 N° 14-54 OFC 611			
		Teléfono: 3102477606			
		Cuenta Bancaria N° 769-*95197-88			
		Banco: BANCOLOMBIA			
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	
				X	

FORMA DE PAGO: El valor del contrato lo pagará Hospital Militar Central mediante pagos parciales previo informe de supervisión que se cancelarán dentro de los noventa (90) días siguientes al recibo a satisfacción de los bienes objeto del contrato, previo cumplimiento de los trámites administrativos

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

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresas	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2022-2023 SE LE ADJUDICA EL LOTE N° 10	FARMACIA TECNOLOGÍAS EN SALUD	N/A	N/A	N/A	N/A
Total del mes					N/A
Saldo del contrato					\$ 19.300.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	N/A
VALOR EN LETRAS :	N/A

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión certificado de fecha :
 En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (XXXX); así mismo certifico que el/la) contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): FACTURA SE ENCUENTRA EN FARMACIA TECNOLOGÍAS EN SALUD

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	\$ 3.800.000,00	\$ 3.800.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO 2023	\$ 20.000.000,00	\$ 700.000,00	\$ 0,00	\$ 19.300.000,00
	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
	\$ 23.800.000,00	\$ 4.500.000,00	\$ 0,00	\$ 19.300.000,00
VALOR TOTAL	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

INFORMACIÓN GENERAL			SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SMSM Ricardo Silva Rueda
NUMERO DE CEDULA: 80.408.996
FIRMA : 

NOTA 3: Recuerde que en caso de ser contrato de prestación de servicios profesionales o asistenciales, que no facturen, NO se requieren las firmas de enterado Jefe de Unidad y Subdirector

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
Acta de supervisión y/o Factura		N/A
Pago de Seguridad Social		N/A