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:	15/11/2023				
TIPO DE CONTRATO	Suministros	TIPO DE PROCESO	Selección Abreviada de Menor Cuantia sin Manifestacion de Interés	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SA-031-2023-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
CTO - 225/2023	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS REQUERIDOS POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	Fecha de suscripción:			26/12/2022
		Valor inicial:	$		51.107.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$		51.107.000,00
		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 2023	$		-
		VIGENCIA AÑO 2024	$		-
		VIGENCIA AÑO 2025	$		-
		VIGENCIA AÑO 2026	$		-
		Valor Total Contrato	$		51.107.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF		N°CDP (SIIF).
			222823		10323
			Fecha:		28/04/2023
		Garantía Cumplimiento		CBC-100046639	
		Aseguradora		SEGUROS MUNDIAL	
		Fecha de aprobación de la Garantía		8/05/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	Luz María Toloza González		8/05/2023
		Fecha de inicio de contrato		10/12/2022	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
			24/05/2023		15/11/2023
		Vigencia del Contrato:	15/11/2023		
		Prorrogas:	En tiempo		
		1-			
		2-			
		3-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT:		900539662	
SHERLEG LABORATORIES SAS		Dirección:		CO-DC-11001 - Bogotá Departamento: Distrito Capital de Bogotá	
		Teléfono:		4059181	
		Cuenta Bancaria No.		258035831	
		Banco:		BANCO DE OCCIDENTE	
		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	79194	8/11/2023	ZD000000008181	$ 5.122.000,00
Total del mes					$ 5.122.000,00
Saldo del contrato					$ 24.435.550,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$5.122.000,00
VALOR EN LETRAS :	CINCO MILLONES CIENTO VEINTIDOS MIL PESOS

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

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	$ 51.107.000,00	$ 26.671.450,00	$ 0,00	$ 24.435.550,00
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
VALOR TOTAL	$ 51.107.000,00	$ 26.671.450,00	$ 0,00	$ 24.435.550,00
	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