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:	31/12/2023				
TIPO DE CONTRATO	Suministros	TIPO DE PROCESO	Mínima cuantía	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	MC-173-2023-HOMIL

CONTRATO Nº/ 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 OFTALMOLOGIA 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	Nº 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	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	BG51017	12/12/2023	ZD000000008759	$ 10.740.000,00
Total del mes					$ 10.740.000,00
Saldo del contrato					$ -

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$10.740.000,00
VALOR EN LETRAS :	DIEZ MILLONES SETECIENTOS CUARENTA MIL PESOS

NOTA 1: SE ANEXA CERTIFICADO DE PAGOS DE PARAFISCALES DEL MES DE NOVIEMBRE 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: SE REALIZA LIBERACIÓN POR UN VALOR DE $38.080.000 EL DIA 31/12/2023.

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	$ 52.000.000,00	$ 13.920.000,00	$ 38.080.000,00	$ 0,00
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	$ 52.000.000,00	$ 13.920.000,00	$ 38.080.000,00	$ 0,00
	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:

FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:

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	X	1