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 ENERO 2024				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTIA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	MENOR CUANTIA 245/2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
475/2023	ARTIUM S.A.S	Fecha de suscripción:		22/12/2023
		Valor inicial:	$	29.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$	-
		VIGENCIA AÑO 2024	$	-
		VIGENCIA AÑO 2025	$	-
		VIGENCIA AÑO 2026	$	-
		VIGENCIA AÑO		
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	29.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			479723	99423
			Fecha:	22/12/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	POLIZA No.100300987 CERTIFICADO: 71827008 AMPAROS: CUMPLIMIENTO, CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	
		Aseguradora (Si aplica):	COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS SA	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	22/12/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	SMSM RICARDO SILVA RUEDA	
		Fecha de inicio de contrato	22/12/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			22/12/2023	31/03/2024
		Vigencia del Contrato: SERA IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION Y SEIS MESES MAS		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT/C.C.: 900.607.032-7		
SUMINISTRO DE TAPONES NASALES Y LAMINAS DE SILICONA REQUERIDAS PARA LA ATENCION DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y URGENCIAS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Dirección: Calle 127 N° 14-54 OFC 611		
	Telefono: 3102477606		
	Cuenta Bancaria N°. 769965197-88		
	Banco: BANCOLOMBIA		
	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			X

FORMA DE PAGO: PAGOS PARCIALES PREVIA SUPERVISION DENTRO DE LOS 90 DIAS SIGUIENTES AL RECIBO A SATISFACCION DE LOS BIENES OBJETO DEL CONTRATO PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS TRAMITES ADMINISTRATIVOS Y FINANCIERO

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
SUMINISTRO DE TAPONES NASALES Y LAMINAS DE SILICONA REQUERIDAS PARA LA ATENCION DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y URGENCIAS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FARMACIA TECNOLOGIAS EN SALUD	A 197	09/01/2024	ZE000000009030	$ 28.931.000,00
					$ -
					$ -
Total del mes					**$ 28.931.000,00**
Saldo del contrato					**$ 69.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$28.931.000,00
VALOR EN LETRAS :	VEINTI OCHO MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS MCTE

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS : N/A: CERTIFICACION DE FECHA 9 ENERO 2024
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social 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):

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 29.000.000,00	$ 28.931.000,00	$ 0,00	$ 69.000,00
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
	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 29.000.000,00	$ 28.931.000,00	$ 0,00	$ 69.000,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOTA 2: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $5.000.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACION 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	X	X
Acta de supervisión y/o Factura	X	X
Pago de Seguridad Social	X	X