

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:	FEBRERO 2024				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	SUMINISTRO	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SAMC 098/2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
471/2023	ARTIUM S.A.S	Fecha de suscripción:		18/12/2023	
		Valor inicial:		\$ 60.500.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2023		\$ 500.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2024		\$ 20.000.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2025		\$ 20.000.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2026		\$ 20.000.000,00	
		VIGENCIA AÑO			
		Adiciones (Si aplica) :		\$ -	
		1-		\$ -	
		2-		\$ -	
		3-		\$ -	
		4-		\$ -	
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):		\$ -	
		1-		\$ -	
		2-		\$ -	
		3-		\$ -	
		4-		\$ -	
		Valor Total Contrato		\$ 60.500.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF).
				478823	122523
				Fecha:	21/12/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		PÓLIZA DE SEGURIDAD Y CUMPLIMIENTO No. NB-100300865	
		Aseguradora (Si aplica):		SEGUROS MUNDIAL	
		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		27/12/2023	
		Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
				27/12/2023	31/07/2026
		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					
Dirección: Calle 127 N° 14-54 OFC 611					
Telefono: 3102477606					
Cuenta Bancaria N°. 769-965197-88					
Banco: BANCOLOMBIA					
SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2023-2026 – LOTE N°2 - IMPLANTE DE TIROPLASTIA FEMENINO O MASCULINO (PROTESIS INYECTABLE 1.5 CC		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 Ingres	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$	
SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACION EN OTORRINOLARINGOLOGA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2024-2026 LOTES N° 4, 8 y 9			N/A	N/A	\$ -	
					\$ -	
						\$ -
Total del mes					\$ -	
Saldo del contrato					\$ 60.500.000,00	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE		\$0,00				
VALOR EN LETRAS :		N/A				

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS : N/A
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): DURANTE EL MES DE FEBRERO DE 2024 NO SE REALIZÓ PROCESO DE FACTURACION

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
ANO 2023	\$ 500.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 500.000,00
ANO 2024	\$ 20.000.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 20.000.000,00
ANO 2025	\$ 20.000.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 20.000.000,00
ANO 2026	\$ 20.000.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 20.000.000,00
	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
VALOR TOTAL	\$ 60.500.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 60.500.000,00
	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: SSM 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	N/A
Acta de supervisión y/o Factura	N/A	N/A
Pago de Seguridad Social	N/A	N/A