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 21 2024				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	Selección Abreviada de Menor Cuantia sin Manifestacion de Interés	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SA-003-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
063-2023	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA QUIRÚRGICO EN SALAS DE CIRUGÍA DE LOS SERVICIOS QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	Fecha de suscripción:		23-02-2023
		Valor inicial:	$	22,815,625.00
		VIGENCIA AÑO 2023	$	22,815,625.00
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :		$ 6.500.000
		NO	$	-
		NO	$	-
		NO	$	-
			$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		NO	$	-
		NO	$	-
		NO	$	-
			$	-
		Valor Total Contrato	$	29,315,625.00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			163323	10323
			Fecha:	21-02-2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	18-44-101087190	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO SA	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	27-02-2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	LUZ MARÍA TOLOSA GONZÁLEZ	
			23-02-2023	
		Fecha de inicio de contrato	1/3/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			1/3/2023	15/11/2023
		Vigencia del Contrato:	IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y SEIS MESES MAS	
		Prorrogas: En tiempo		
		1-	NO	
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.:	52,056,976	
PRÓTESIS OCULAR		Dirección:	CRA 8 BIS # 155-48, BOGOTÁ DC.	
		Cuenta Bancaria No.	384006201	
		Banco:	BANCO DE BOGOTÁ S.A	
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			X	

FORMA DE PAGO: Sesenta (60) dias siguientes al recibo a satisfaccion de los bienes objeto del contrato, previo cumplimiento de los tramites administrativos y financieros a q haya lugar.

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	09
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA QUIRÚRGICO EN SALAS DE CIRUGÍA DE LOS SERVICIOS QUE	NO APLICA	FE - 309	20/12/2023	NO APLICA	$ 9,126,000.00
Total a facturar					**$ 9,126,000.00**
Saldo del contrato					**$ 9,238,425.00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$9,126,000.00**
VALOR EN LETRAS :	NUEVE MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL PESOS M/CTE

Nota 1: Verifico pago aportes seguridad social y parafiscales, de acuerdo a certificacion de fecha 18/12/2023

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de acuerdo a la certificacion allegada, asi mismo, certifico que el contratista presentó el informe de actividades o la relacion de bienes y/o 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 SATISFACCCION.

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
2023	$ 29,315,625.00	$ 29,203,200.00	$ 0.00	$ 112,425.00
VALOR TOTAL	$ 29,315,625.00	$ 29,203,200.00	$ 0.00	$ 112,425.00
	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.

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**LUZ MARÍA TOLOSA GONZÁLEZ**
NUMERO DE CEDULA:	**39648310**
FIRMA :	Luz María Tolosa González Enfermera Profesional Universidad Nacional

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 Subdire

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:	**JEFE DE UNIDAD CLINICO QUIRURGICO**	**FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:**	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	2
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1