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:	02 abril 2024				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	LP	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	LP/016/2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
383/2023	MEDINISTROS S.A.S	Fecha de suscripción:		13/10/2023
		Valor inicial:	$	1.789.500.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej:2022)	$	10.500.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2021)	$	655.000.000,00
		VIGENCIA AÑO	$	724.000.000,00
		VIGENCIA AÑO	$	400.000.000,00
		VIGENCIA AÑO		
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	1.789.500.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			342623	122523
			Fecha:	24/10/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		N°. 2050823
		Aseguradora (Si aplica):		JMALUCELLI TRAVELERS SEGUROS
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		14/11/2023
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		SMSM RICARDO SILVA RUEDA
		Fecha de inicio de contrato		16/11/2023
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			16/11/2023	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.: 830.053.755-0		
SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACION EN OTORRINOLARINGOLOGIA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2024-2026 (LOTE N° 4, LOTE N° 8 Y LOTE N° 9	Dirección: Calle 72 N° 22-42 OFC 301		
	Dirección:		
	Cuenta Bancaria N°. 11302373401		
	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 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	FACRMACIA TECNOLOGIAS EN SALUD	FE-68467	02/04/2024	ZE0000000010407	$ 57.000.000,00
					$ -
					$ -
Total del mes					**$ -**
Saldo del contrato					**$ 1.669.368.867,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$57.000.000,00**
VALOR EN LETRAS :	**CINCUENTA Y SIETE MILLONES DE PESOS MCTE**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS : CERTIFICADO DE FECHA 14 DE MARZO DE 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
ANO 2023	$ 10.500.000,00	$ 10.500.000,00	$ 0,00	$ 0,00
ANO 2024	$ 655.000.000,00	$ 109.631.133,00	$ 0,00	$ 545.368.867,00
ANO 2025	$ 724.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 724.000.000,00
ANO 2026	$ 400.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 400.000.000,00
	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 1.789.500.000,00	$ 120.131.133,00	$ 0,00	$ 1.669.368.867,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR

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		PENSION		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	N/A	N/A
Acta de supervisión y/o Factura	N/A	N/A
Pago de Seguridad Social	N/A	N/A