

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:	30/04/2024				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	405-2023	N° DE PROCESO EN EL SECOP II	LP-018-2023-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
405-2023	" SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE CURACIÓN DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS 2023-2026 SE LE ADJUDICA EL LOTE 67"	Fecha de suscripción:		18/12/2023	
		Valor inicial:		\$ 6.620.627,00	
		VIGENCIA AÑO 2023		\$ 142.584	
		VIGENCIA AÑO 2024		\$ 2.445.598	
		VIGENCIA AÑO 2025		\$ 2.518.966	
		VIGENCIA AÑO 2026		\$ 1.513.479	
				\$ -	
		Adiciones (Si aplica) :			
		1-			
		2-		\$ -	
		3-		\$ -	
		4-		\$ -	
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :		\$ -	
		1-		\$ -	
		2-		\$ -	
		3-		\$ -	
		4-		\$ -	
		Valor Total Contrato		\$ 6.620.627,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF).
				477323	121123
				Fecha:	12/09/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		CUMPLIMIENTO CO1.WRT.13241330; RC CO1.WRT.13241271	
		Aseguradora (Si aplica):		JMALUCELLI TRAVELERS	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		21/12/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		JANNETHE NOVOA CUCARIAN	
		Fecha de inicio de contrato		18/12/2023	
		Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
				22/12/2023	31/07/2026
		Vigencia del Contrato: 31/07/2026			
		Prorrogas:			
		1-			
		2-			
		3-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:					
NIT: 805019723					
Dirección: Carrera 36 N° 13-451 Yumbo - Valle del Cauca					
Teléfono: 6510200					
Cuenta Bancaria No. 06023669274					
Banco: BANCOLOMBIA S.A.					
Tipo de Cuenta:		Ahorros	Corriente		
			x		

FORMA DE PAGO: sesenta (60) días siguientes al recibo a satisfacción de los bienes objeto del contrato

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO				CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	O8
					Página:		2 DE 2	
Descripción de Bienes a Recibir		Almacen que Ingresas	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes		Valor \$	
" SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE CURACION DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS 2023-2026 SE LE ADJUDICA EL LOTE 67"		FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	FE69923	15/04/2024	ZE000000010641		\$ 1.567.100,00	
Total del mes							\$ 1.567.100,00	
Saldo del contrato							\$ 4.301.319,00	

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$1.567.100,00
VALOR EN LETRAS :	UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y SIETE MIL CIEN PESOS

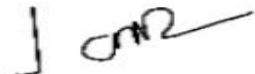
NOTA 1: En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de acuerdo con la normatividad vigente y obligaciones contractuales.

OBSERVACIONES:

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	\$ 142.584,00	\$ 142.584,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO 2024	\$ 2.445.598,00	\$ 2.176.724,00	\$ 0,00	\$ 268.874,00
AÑO 2025	\$ 2.518.966,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 2.518.966,00
AÑO 2026	\$ 1.513.479,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 1.513.479,00
VALOR TOTAL	\$ 6.620.627,00	\$ 2.319.308,00	\$ 0,00	\$ 4.301.319,00
	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	Nº Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: JANNETHE NOVOA CUCARIAN
NUMERO DE CEDULA: 39.795.444
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	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		