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	412-2023	N° DE PROCESO EN EL SECOP II	LP-018-2023-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
412-2023	" 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 38".	Fecha de suscripción:		12/12/2023	
		Valor inicial:	$	382.923.576,00	
		VIGENCIA AÑO 2023		$ 8.270.681	
		VIGENCIA AÑO 2024		$ 140.747.973	
		VIGENCIA AÑO 2025		$ 146.114.475	
		VIGENCIA AÑO 2026		$ 87.790.447	
			$	-	
		Adiciones (Si aplica) :			
		1-			
		2-	$	-	
		3-	$	-	
		4-	$	-	
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :	$	-	
		1-	$	-	
		2-	$	-	
		3-	$	-	
		4-	$	-	
		Valor Total Contrato	$	382.923.576,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).	
			35223	121123	
			Fecha:	12/09/2023	
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CUMPLIMIENTO 21-44-101432531; RC 21-40101224157		
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO SA		
		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	12/12/2023		
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
			20/12/2023	31/07/2026	
		Vigencia del Contrato: 31/07/2026			
		Prorrogas:			
		1-			
		2-			
		3-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 900147252			
ORDENES Y SUMINISTROS SAS		Dirección: CRA 13A 77A 49			
		Teléfono: 6347244			
		Cuenta Bancaria No. 450800161215			
		Banco: BANCO DAVIVIENDA 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	08
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
" 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 38".	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	OYSB37256	8/04/2024	ZE000000010483	$ 12.842.200,00
		OYSB37431	29/04/2024	ZE000000010956	$ 21.690.100,00
Total del mes					$ 34.532.300,00
Saldo del contrato					$ 246.994.566,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$34.532.300,00
VALOR EN LETRAS :	TREINTA Y CUATRO MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y DOS MIL TRESCIENTOS 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	$ 8.270.681,00	$ 8.270.681,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2024	$ 140.747.973,00	$ 127.658.329,00	$ 0,00	$ 13.089.644,00
AÑO 2025	$ 146.114.475,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 146.114.475,00
AÑO 2026	$ 87.790.447,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 87.790.447,00
VALOR TOTAL	$ 382.923.576,00	$ 135.929.010,00	$ 0,00	$ 246.994.566,00
	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
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	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		