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	SUMINISTROS	TIPO DE PROCESO	Licitación pública	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	LP-023-2023-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
460-2023	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS REQUERIDOS POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		12/12/2023
		Valor inicial:	$	1.323.044.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023		$ 24.500.000
		VIGENCIA AÑO 2024		$ 483.600.000
		VIGENCIA AÑO 2025		$ 505.144.000
		VIGENCIA AÑO 2026		$ 309.800.000
		VIGENCIA AÑO 2027	$	-
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		VIGENCIA AÑO 2023		
		VIGENCIA AÑO 2024	$	-
		VIGENCIA AÑO 2025	$	-
		VIGENCIA AÑO 2026	$	-
		VIGENCIA AÑO 2027		
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :	$	-
		VIGENCIA AÑO 2023	$	-
		VIGENCIA AÑO 2024	$	-
		VIGENCIA AÑO 2025	$	-
		VIGENCIA AÑO 2026	$	-
		VIGENCIA AÑO 2027		
		Valor Total Contrato	$	1.323.044.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			472723	99423
			Fecha:	12/10/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CUMPLIMIENTO 18-44-101094529; SERIEDAD 18-44-101093438	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	13/12/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	Luz María Toloza Gonzalez	
		Fecha de inicio de contrato	12/12/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			13/12/2023	31/07/2026
		Vigencia del Contrato: 31/07/2026		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 830070192		
UCIPHARMA S.A.		Dirección: BOGOTÁ		
		Teléfono: 7447300		
		Cuenta Bancaria No. 04811785051		
		Banco: BANCOLOMBIA S.A.		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
				X

FORMA DE PAGO: Noventa (90) 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 INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS REQUERIDOS POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	UFE3105	4/04/2024	ZE000000010449	$ 4.588.542,00
		UFE3337	17/04/2024	ZE000000010692	$ 2.380.000,00
		UFE3360	18/04/2024	ZE000000010693	$ 16.451.730,00
		UFE3378	18/04/2024	ZE000000010795	$ 5.704.860,00
		UFE3334	17/04/2024	ZE000000010798	$ 14.358.786,00
Total del mes					$ 43.483.918,00
Saldo del contrato					$ 857.860.737,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$43.483.918,00
VALOR EN LETRAS :	CUARENTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS.

NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporto la certificación de los aporte parafiscales de fecha _____MARZO____los parafiscales.

OBSERVACIONES:

NOTA 2:

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 24.500.000,00	$ 24.500.000,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2024	$ 483.600.000,00	$ 440.683.263,00	$ 0,00	$ 42.916.737,00
AÑO 2025	$ 505.144.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 505.144.000,00
AÑO 2026	$ 309.800.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 309.800.000,00
AÑO 2027	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 1.323.044.000,00	$ 465.183.263,00	$ 0,00	$ 857.860.737,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ

NUMERO DE CEDULA: 39648310

FIRMA :

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		