HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-02-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 05-02-2021
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 06
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	27-mar-24				
TIPO DE CONTRATO	MENOR CUANTIA	TIPO DE PROCESO	MENOR CUANTIA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II /	MC-006-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
479-2023	SUMINISTRO DE VALVULAS DE AHMED PARA LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE GLAUCOMA, PROTESIS OCULARES, INSUMOS Y DISPOSITIVOS III, ANILLOS DE TENSIÓN CAPSULAR, LENTES INTRAOCULARES, REQUERIDOS PARA PROCEDIMIENTOS DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. VIGENCIAS FUTURAS 2023-2024. LOTE 3 - INSUMOS Y DISPOSITIVOS III MEDICOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DEL SERVICIOS DE OFTALMOLOGIA	Fecha de suscripción:		27/12/2023
		Valor inicial:	$	1.300.000,00
		Vigencia 2023	$	445.000,00
		Vigencia 2024	$	855.000,00
		Adiciones (Si aplica) :	$	
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):		
		1-	$	130.000,00
		2-		
		3-		
		4-		
		Valor Total Contrato	$	1.300.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			482823	120423
			Fecha: 27/12/2023	31/08/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	33-46-101054829	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	28/12/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	SMSM LUIS ALBERTO RUIZ ROBLES / 29-12-	
		Fecha de inicio de contrato	29/12/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			29/12/2023	31/03/2024
		Vigencia del Contrato: IGUAL A PLAZO E TERMINACION Y SEIS MESES MAS		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT/C.C.: 830.062.565-6		
	Dirección: Calle 97 No. 61-93		
	Telefono: 6226466		
OPIMED SAS	Cuenta Bancaria Nº. 17411103133		
	Banco: BANCOLOMBIA		
	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 QUE HAYA LUGAR

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 VALVULAS DE AHMED PARA LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE GLAUCOMA, PROTESIS OCULARES, INSUMOS Y DISPOSITIVOS III, ANILLOS DE TENSIÓN CAPSULAR, LENTES INTRAOCULARES, REQUERIDOS PARA PROCEDIMIENTOS DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. VIGENCIAS FUTURAS 2023-2024. LOTE 3 - INSUMOS Y DISPOSITIVOS III MEDICOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DEL SERVICIOS DE OFTALMOLOGIA		FE-43584	1/02/2024		$ 1.170.000,00
Total del mes					$ 1.170.000,00
Saldo del contrato					$ 130.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$1.170.000,00				
VALOR EN LETRAS :	UN MILLON CIENTO SETENTA MIL PESOS M/CTE.				

NOTA 1: Verifico pago aportes seguridad social y parafiscales , de acuerdo a certficaciòn de fecha – correspondiente 01 de febrero de 2024
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de febrero de 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
AÑO 2023	$ 445.000,00	$ 445.000,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2024	$ 855.000,00	$ 725.000,00	$ 130.000,00	$ 0,00
AÑO				$ 0,00
AÑO				$ 0,00
AÑO				
VALOR TOTAL	$ 1.300.000,00	$ 1.170.000,00	$ 130.000,00	$ 0,00
	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		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SMSM LUIS ALBERTO RUIZ ROBLES
NUMERO DE CEDULA: 79354821
FIRMA :
Subdirector

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD-Unidad Clínico Quirúrgica.

FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR- Subdirector Médico.

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura	X	5
Pago de Seguridad Social	X	1