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:	MAYO 2024				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	SUMINISTRO	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SAMC 098/2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
471/2023	ARTIUM S.A.S	Fecha de suscripción:		18/12/2023
		Valor inicial:	$	60.500.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$	500.000,00
		VIGENCIA AÑO 2024	$	20.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2025	$	20.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2026	$	20.000.000,00
		VIGENCIA AÑO		
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	60.500.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			478823	122523
			Fecha:	21/12/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	PÓLIZA DE SEGURIDAD Y CUMPLIMIENTO No. NB-100300865	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	22/12/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	SMSM RICARDO SILVA RUEDA	
		Fecha de inicio de contrato	27/12/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			27/12/2023	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.: 900.607.032-7		
SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2023-2026 – LOTE N°2 - IMPLANTE DE TIROPLASTIA FEMENINO O MASCULINO (PROTESIS INYECTABLE 1.5 CC	Dirección: Calle 127 N° 14-54 OFC 611		
	Telefono: 3102477606		
	Cuenta Bancaria N°. 769-965197-88		
	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	FARMACIA TECNOLOGIAS EN SALUD	N/A	N/A	N/A	$ -
					$ -
					$ -
Total del mes					**$ -**
Saldo del contrato					**$ 48.500.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**N/A**
VALOR EN LETRAS :	**N/A**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS :
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): DURANTE EL PRESENTE MES NO SE REALIZÓ PROCESO DE FACTURACION

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	**$ 500.000,00**	**$ 500.000,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**
AÑO 2024	**$ 20.000.000,00**	**$ 11.500.000,00**	**$ 0,00**	**$ 8.500.000,00**
AÑO 2025	**$ 20.000.000,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 20.000.000,00**
AÑO 2026	**$ 20.000.000,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 20.000.000,00**
	$ 0,00	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**
VALOR TOTAL	**$ 60.500.000,00**	**$ 12.000.000,00**	**$ 0,00**	**$ 48.500.000,00**
	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.

INFORMACION 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		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		