HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
Grupo Social y Empresarial de la Defensa	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:	30/06/2024				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	415-2023	N° DE PROCESO EN EL SECOP II	LP-018-2023-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
415-2023	"SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE CURACIÓN DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS 2023-2026 SE LE ADJUDICA LOS LOTES 22,33,46 y 61"	Fecha de suscripción:			12/12/2023
		Valor inicial:	$		478.954.758,00
		VIGENCIA AÑO 2023			$ 10.354.734
		VIGENCIA AÑO 2024			$ 175.755.556
		VIGENCIA AÑO 2025			$ 182.932.516
		VIGENCIA AÑO 2026			$ 109.911.952
			$		-
		Adiciones (Si aplica) :			
		1-			
		2-	$		-
		3-	$		-
		4-	$		-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :	$		-
		1-	$		-
		2-	$		-
		3-	$		-
		4-	$		-
		Valor Total Contrato	$		478.954.758,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF		N°CDP (SIIF).
			473523		121123
			Fecha:		12/09/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CUMPLIMIENTO 33-44-101244923-0		
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO		
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	18/12/2023		
		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
			19/12/2023		31/07/2026
		Vigencia del Contrato: 31/07/2026			
		Prorrogas:			
		1-			
		2-			
		3-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 830040574			
BIOPLAST S.A.S		Dirección: BOGOTA			
		Teléfono: 4382224			
		Cuenta Bancaria No. 20725969783			
		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	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 LOS LOTES 22,33,46 y 61"	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	FE01252712	30/05/2024	ZE000000011602	$ 17.423.266,00
		FE01252954	6/06/2024	ZE000000011715	$ 1.891.743,00
		FE01253656	18/06/2024	ZE000000011929	$ 3.034.143,00
		FE01253941	21/06/2024	ZE000000012049	$ 2.658.936,00
Total del mes					$ 25.008.088,00
Saldo del contrato					$ 388.439.071,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$25.008.088,00
VALOR EN LETRAS :	VEINTICINCO MILLONES OCHO MIL OCHENTA Y OCHO 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	$ 10.354.734,00	$ 10.354.734,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2024	$ 175.755.556,00	$ 80.160.953,00	$ 0,00	$ 95.594.603,00
AÑO 2025	$ 182.932.516,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 182.932.516,00
AÑO 2026	$ 109.911.952,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 109.911.952,00
VALOR TOTAL	$ 478.954.758,00	$ 90.515.687,00	$ 0,00	$ 388.439.071,00
	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		