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:	JUNIO 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

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.

INFORMACIÓN GENERAL			SALUD		PENSIÓN		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		