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:	30/06/2024				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTROS	TIPO DE PROCESO	SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SI-005-2024-HOMIL

CONTRATO Nº/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
CTO - 171/2024	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:		31/05/2024
		Valor inicial:	$	87.544.062,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$	-
		VIGENCIA AÑO 2024	$	87.544.062,00
		VIGENCIA AÑO 2025	$	-
		VIGENCIA AÑO 2026	$	-
		VIGENCIA AÑO 2027	$	-
		Adiciones	$	-
		VIGENCIA AÑO 2023	$	-
		VIGENCIA AÑO 2024	$	-
		VIGENCIA AÑO 2025	$	-
		VIGENCIA AÑO 2026	$	-
		VIGENCIA AÑO 2027	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones	$	-
		VIGENCIA AÑO 2023	$	-
		VIGENCIA AÑO 2024	$	-
		VIGENCIA AÑO 2025	$	-
		VIGENCIA AÑO 2026	$	-
		VIGENCIA AÑO 2027	$	-
		Valor Total Contrato	$	87.544.062,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			259424	172324
			Fecha:	23/04/2024
		Garantía Cumplimiento	CUMPLIMIENTO 21-46-101093226; SERIEDAD 21-44-101439251	
		Aseguradora	SEGUROS DEL ESTADO	
		Fecha de aprobación de la Garantía	4/06/2024	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	Luz María Toloza González	
		Fecha de inicio de contrato	7/06/2024	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			7/06/2024	30/11/2024
		Vigencia del Contrato: 30/11/2024		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT:	900820009	
IMQUIRURGICOS S.A.S		Dirección:	Calle 152 D # 102 B 10	
		Teléfono:	4738337	
		Cuenta Bancaria No.	850004351	
		Banco:	BANCO BBVA	
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			X	

FORMA DE PAGO: Noventa (90) días

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	IMQE8797	13/06/2024	ZE000000011823	$ 5.652.500,00
		IMQE8838	18/06/2024	ZE000000011984	$ 5.652.500,00
Total del mes					$ 11.305.000,00
Saldo del contrato					$ 81.891.562,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$11.305.000,00
VALOR EN LETRAS :	ONCE MILLONES TRESCIENTOS CINCO MIL PESOS.

NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporto la certificación de los aportes parafiscales de fecha _____JUNIO____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	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2024	$ 87.544.062,00	$ 5.652.500,00	$ 0,00	$ 81.891.562,00
AÑO 2025	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2026	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2027	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 87.544.062,00	$ 5.652.500,00	$ 0,00	$ 81.891.562,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalladael cuadro realcionado a continuacion:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NUMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NUMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencias almacen)	CANTIDAD	NUMERO DE REPORTE DE INSTALACI	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	Luz María Toloza González
NUMERO DE CEDULA:	39.648.310
FIRMA :	

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:	FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		