INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: MARZO DEL 2021

TIPO DE CONTRATACION	SUMINISTRO	CONTRATO No.	1447-2018	No. PROCESO EN EL SECOP II	CO1.PCCNTR.706344

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
1447 - 2018	SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS PARA LA REALIZACION DEL PROGRAMA QUIRURGICO EN SALAS DE CIRUGIA Y PARA LOS DEMAS SERVICIOS QUE COMPONEN LA UNIDAD CLINICO QUIRURGICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	**Fecha de suscripción: 31 DE DICIEMBRE DE 2018** **Valor inicial $ 1.469.500.000,00** **Adiciones** **1- $_____** **2- $_____** **Reducciones** **1- $ 280.964.800,00** **2- $ 134.309.375,00**
		Valor Total $1.469.500.000,00
		Registro Presupuestal SIIF No. 591218 **Fecha: 31-12-2018** **CDP No. 115118**
		Garantía No.: 06GU034670 CUMPLIMIENTO
		Aseguradora: CONFIANZA S. A.
		Fecha de aprobación de la Garantía: 21-01-2019
		Fecha de la notificación del Supervisor: 22-01-2019
		Fecha del Acta de Inicio 28 – 01 - 2019
		Plazo de ejecución del Contrato 31 – 07 - 2022
		Vigencia del contrato: 31 - 01 - 2023
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: **VYGON COLOMBIA S. A.**		**NIT/C.C.: 802.000.335-1**
		Dirección: Calle 79 Nº 74 – 29 Barranquilla - Atlántico
		Teléfono: 3730962 - 3730963
		Cuenta Bancaria No. 08302175991 **Banco: BANCOLOMBIA** **Clase de Cuenta Ahorros _____Corriente __x___**

Forma de pago:

- Para contratos de obras, bienes e interventoría se trascribe la forma de pago del contrato, de acuerdo a lo estipulado en la respectiva cláusula del contrato (30, 60, 90) días.
- En el caso de personas jurídicas dentro de los sesenta (60) días calendario.
- En el caso de las personas naturales dentro de los 30 días calendario.

Descripción de obras e interventoría	No. Factura	Fecha	No. ORDEN DE ENTRADA AL ALMACEN	Valor $
Saldo del contrato				

Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
SUMINISTRO DE INSUMOS				
Saldo del contrato				$ 588.302.930,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE ($

NOTA 1: 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

NOTA 2: En los cuadros referentes a la descripción de obras e interventorías; Bienes y/o servicios se diligenciaran de acuerdo al caso que corresponda.

En el espacio correspondiente a la descripción del bien, obra o servicio a recibir, el supervisor debe indicar en forma amplia y detallada los bienes, obras o servicios que soportan el trámite a pago correspondiente y/o el anexo de actividades ejecutadas del período a pagar

NOTA 3: No se requiere copiar las obligaciones contractuales.

NOTA 4: Se anexa al presente informe la relación de los servicios prestados verificados por el área de facturación cuando sea prestación de servicios personas jurídicas por productividad, en el caso de personas naturales por monto fijo la certificación de cumplimiento de las actividades firmada por el contratista y el supervisor del contrato, en el caso de Insumos y Activos la relación de entrada al área

de Almacén de Insumos Hospitalarios, (Almacén N° 6) Almacén de Bienes de Consumo (Almacén N° 1) y/o Bodega de Activos Fijos.

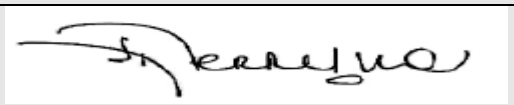
Información que debe trascribir para el informe de supervisión de obras e interventoría:
En mi calidad de supervisor (a) del Contrato/Convenio arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo, por parte del contratista y el pleno desarrollo de sus actividades durante este período, razón por la cual autorizo el pago, conforme lo señala la cláusula de valor y forma de pago del contrato.

Información que debe trascribir para el informe de supervisión de Bienes y/o Servicios a recibir:
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; 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 Y SIN OBSERVACIONES LOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS PREVISTOS EN EL CONTRATO DE LA REFERENCIA.

Observaciones: DURANTE EL PRESENTE MES DE MARZO DEL AÑO 2021 NO HUBO INGRESO DE INSUMOS.

NOMBRES Y APELLIDOS APOYO A LA SUPERVISION:
NUMERO DE CÉDULA:
FIRMA:

NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR: DRA. KAROLYNA BLANCO FERREIRA
NUMERO DE CÉDULA: 52.252.482 DE BOGOTA
FIRMA: 

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Lea atentamente cada una de las siguientes instrucciones con el fin de realizar un correcto diligenciamiento de este formato, recuerde que de existir alguna duda por favor contactarse con su respectivo supervisor a fin de que clarifique cada una de sus inquietudes.

1. Fecha: mm/ año
Recuerde que esta fecha corresponde al mes y el año del cual se ejercerá la supervisión **(Aplica para prestación de servicios)**
En caso de contratos de bienes, obras e interventorías se diligenciara la fecha completa dd/mm/aaaa.

2. TIPO DE CONTRATACIÓN: Se deberá diligenciar de acuerdo al tipo de proceso como se indica en Secop II, Información General- Información del Objeto.

3. No. PROCESO EN EL SECOP II: Corresponde al número del contrato que se encuentra en el Ítem N°1 de información general, de la plataforma Secop II.

4. CONTRATO No.: En la casilla correspondiente a este dato, por favor diligencie el número de contrato asignado seguido del año en que se suscribió. **Ejemplo: (2345/2016).**

5. OBJETO: En la casilla correspondiente a este dato, trascriba el objeto contractual que usted encuentra en la minuta de contrato que suscribió con la entidad tal cual como registra en este.

6. DATOS GENERALES DEL CONTRATO, a continuación, se enlista una serie de datos que son requeridos para el trámite de la cadena presupuestal, los cuales son:

- **Fecha de suscripción:** Diligencie **(dd) (mm) (año),** en el que se suscribió el correspondiente contrato.
- **Valor inicial $ xxxxxxxx, escriba el valor total por el cual se firmó el correspondiente contrato.**
- **Adiciones,** de existir adiciones este es el espacio para escribir esos montos, de lo contrario omita esta casilla y continúe con la siguiente casilla.

1- $_____
2- $_____
3- $_____

- **Reducciones** de existir reducciones este es el espacio para escribir esos montos, de lo contrario omita esta casilla y continúe con la siguiente casilla.

1- $_____
2- $_____
3- $_____

- **Valor Total $ xxxxxxxxxxx,** Escriba el valor total por el cual fue pactado el correspondiente contrato.
- **Registro Presupuestal SIIF No. Xxxxx,** recuerde que este dato lo puede solicitar a su correspondiente supervisor.
- **Fecha: dd-mm-aaaa,** corresponde a la fecha en la cual fue inscrito el registro SIIF.
- **CDP No. XXX,** Este dato al igual que los dos anteriores se dará en conjunto como medio de seguimiento e identificación dentro del transcurso del correspondiente tramite contractual. Esta información se encuentra registrada en la plataforma Secop II Ítem 6- Información presupuestal

- **Garantía No.:** solo cuando se requiera y según exigencias, escriba el número de póliza de garantía que ampara al correspondiente número de contrato.
- **Aseguradora:** Nombre de la aseguradora con la que suscribió póliza de garantía.
- **Fecha de aprobación de la Garantía:** solo cuando se requiera y según exigencias, Describa la fecha en la que la empresa aseguradora suscribió garantía.
- **Fecha de la notificación del Supervisor:** solo cuando se requiera y según exigencias, escriba el día en que usted notifico de la correspondiente garantía al supervisor designado.
- **Fecha del Acta de Inicio:** dd-mm-aaaa
- **Plazo de ejecución del Contrato Sera el establecido en la plataforma Secop I, Secop II y tienda virtual del estado Colombiano**
- **Vigencia del Contrato:** Escriba la fecha inicial en el que inicia el contrato dd-mm-aaaa hasta la fecha que se pacta la finalización del contrato dd-mmm-aaaa **ej.: (17/01/2021 – 31/12/2021).**

7. RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: Nombre de la persona y/o Firma que suscribe el Contrato con el Hospital Militar Central

- **NIT/C.C.:** escriba en números el número asignado por cámara de comercio para el caso de persona jurídica, o persona natural el correspondiente número de cédula.

- **Dirección:** escriba la dirección de la empresa para el caso de persona jurídica, o para persona natural el número de domicilio donde reside. **ej.: (Calle 23 # 132- 11 Barrio las palmas)**

- **Teléfono:** escriba un número de teléfono fijo o celular en el cual se mantenga comunicación en caso de alguna información por parte de la entidad **ej.: (3123xxxxxx)**

- **Cuenta Bancaria No.:** escriba el número de cuenta en la cual recibirá los fondos pactados en el correspondiente contrato xxxxxxxxxx

- **Banco:** Nombre del banco en el que registra el número de cuenta anteriormente descrito.

- **Clase de Cuenta:** por favor marque con una **X que** tipo de cuenta es
  Ahorros ____Corriente _____

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: En éste espacio se colocará el valor autorizado para pagar durante el período en números y letras.

Descripción del bien, obra o servicio a recibir
En la casilla correspondiente a este dato, por favor enliste la descripción detallada de cada uno de los bienes, obras y servicios que se reciban en virtud de la ejecución del contrato.

a) En el caso de Insumos, reactivos, elementos de curación, quirúrgico y elementos de consumo

Nombre del elemento, código, descripción, fechas de vencimiento, Número de lote

b) En el caso de los Contratos de Obra.

En Anexo, las cantidades de obra y especificaciones mínimas y todos los ítems discriminados de toda la ejecución que se suscitó del Contrato.

c) En el caso de los Contratos de Prestación de Servicios con personas Naturales y/o Jurídicas.

En Anexo las actividades desarrolladas, consultas, procedimientos, y desglose de las actividades pactadas en el objeto contractual firmados por el supervisor y el Contratista.

Factura No. En esta casilla por favor escriba el N° de la Factura en caso de las personas naturales y/o jurídicas del régimen común obligadas a facturar.

Fecha Escriba la fecha a la que corresponde de facturación.

No. ORDEN DE ENTRADA AL ALMACÉN Si cuenta con este dato escríbalo, si no aplica por favor omitir.

Valor $ Valor facturado según los compromisos adquiridos y que se cumplieron a cabalidad para el periodo.

Saldo del Contrato será el Valor estipulado del Contrato menos los valores facturados a la fecha del último periodo.

NOTA 1: Se anexa certificación del pago de parafiscales de fecha **dd mm del aaaa. Téngase en cuenta la Verificación del recibo de pago de los aportes de salud, pensión y ARL, incluido el formulario de afiliación por el objeto del contrato a pagar.**

Observaciones:
Registro de acciones o actividades que se evidenciaron por parte del supervisor frente al objeto contractual.
Si existió suspensión del contrato durante el periodo que se va a pagar, para que se realicen las deducciones del caso y la liberación de los recursos correspondientes.

- Solamente en caso que se requiera dos (2) o más supervisores

NOMBRES Y APELLIDOS APOYO A LA SUPERVISION: xxxxxxxxx
NUMERO DE CÉDULA: xxxxxxxx
FIRMA:

- Se diligenciara para los informes de supervisión de contratos por prestación de servicios, donde solo se requiere un supervisor.

NOMBRES Y APELLIDOS: Nombre del Supervisor del Contrato
NUMERO DE CÉDULA: Numero de la cédula del Supervisor
FIRMA: Rubrica del Supervisor del Contrato legible

Una vez terminado el diligenciamiento de este formato, por favor contactarse con su respectivo supervisor para verificación final.