INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: 15 - 10 - 2021

TIPO DE CONTRATACION	SUMINISTRO	CONTRATO No.	1456 - 2018	No. PROCESO EN EL SECOP II	C01.PCCNTR706845

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
1456 de 2018	SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS PARA LA REALIZACION DEL PROGRAMA QUIRURGICO EN SALAS DE CIRUGIA Y LOS DEMAS SERVICIOS QUE COMPONEN LA UNIDAD CLINICO QUIRURGICA DEL HOSPITAL MILTIAR CENTRAL.	**Fecha de suscripción: 31 – 12 - 18**
		Valor inicial $3.418.500.000,00
		Adiciones **1- $_____** **2- $_____** **Reducciones** **1- $273.309.818,00** **2- $513.470.894,00**
		Valor Total $3.418.500.000,00
		Registro Presupuestal SIIF No. 595318 VF 103118 Net5822 **Fecha: 31-12-2018** **CDP No. 115118**
		Garantía No.: 33-44-101180855 – 33-40-101052019
		Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S. A.
		Fecha de aprobación de la Garantía: 31-12-18
		Fecha de la notificación del Supervisor: 22-01-19
		Fecha del Acta de Inicio 28-01-19
		Plazo de ejecución del Contrato 31-07-22
		Vigencia del contrato: 31/07/2022
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: **QUIRURGICOS LTDA.**		**NIT: 860024862**
		Dirección: Calle 26 N° 69D – 91 OF. 605
		Teléfono: 7441740
		Cuenta Bancaria No. 16502124654 **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				$ xxxxxx

Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
INSUMOS	278930 279159	06-10-21 13-10-21	81 149	$49.736.758,00 $ 3.716.590,00
Saldo del contrato				$ 1.032.397.630,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE ($53.453.348,00) CINCUENTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/L.

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:

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

NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR: DR. MIGUEL FERNANDO PRADA TOVAR
NUMERO DE CÉDULA: 80.851.371
FIRMA:

Recibí
Luis Gonzalo Sánchez
26-11-21
4:59 PM