

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: 13-07-2022
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 08
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	31/10/2022				
TIPO DE CONTRATO	Suministros	TIPO DE PROCESO	Mínima cuantía	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	MC-224-2022-HOMIL

CONTRATO N° / ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
CTO - 244/2022	SUMINISTRO DE ALOINJERTOS, BANCO DE HUESO PARA EL ÁREA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		25/08/2022	
		Valor inicial:		\$ 65.000.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2018		\$ -	
		VIGENCIA AÑO 2019		\$ -	
		VIGENCIA AÑO 2020		\$ -	
		VIGENCIA AÑO 2021		\$ -	
		VIGENCIA AÑO 2022		\$ 65.000.000,00	
		Adiciones		\$ -	
		VIGENCIA AÑO 2018		\$ -	
		VIGENCIA AÑO 2019		\$ -	
		VIGENCIA AÑO 2020		\$ -	
		VIGENCIA AÑO 2021		\$ -	
		VIGENCIA AÑO 2022		\$ -	
		Reducciones y/o Liberaciones		\$ -	
		VIGENCIA AÑO 2018		\$ -	
		VIGENCIA AÑO 2019		\$ -	
		VIGENCIA AÑO 2020		\$ -	
		VIGENCIA AÑO 2021		\$ -	
		VIGENCIA AÑO 2022		\$ -	
		Valor Total Contrato		\$ 65.000.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF).
				350722	108322
				Fecha:	10/08/2022
		Garantía Cumplimiento		21-44-101392035	
		Aseguradora		SEGUROS DEL ESTADO S.A	
		Fecha de aprobación de la Garantía		29/08/2022	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		Martha Rodríguez Figueroa	25/08/2022
		Fecha de inicio de contrato		30/08/2022	
		Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
				30/08/2022	15/12/2022
		Vigencia del Contrato:		15/12/2022	
		Prorrogas: En tiempo			
		1-			
2-					
3-					
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 800053550			
FUNDACIÓN COSME Y DAMIÁN	Dirección:		CO-DC - Distrito Capital de Bogotá Departamento: Distrito Capital de Bogotá		
	Teléfono:		6583200		
	Cuenta Bancaria No.		01800304-6		
	Banco:		BANCO ITAÚ		
	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 ALOINJERTOS, BANCO DE HUESO PARA EL ÁREA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	N/A	143991	4/10/2022	ZC000000003079	\$ 4.668.000,00
	N/A	144252	25/10/2022	ZC000000003214	\$ 2.398.000,00
	N/A	144266	26/10/2022	ZC000000003215	\$ 7.002.000,00
	N/A	143990	4/10/2022	ZC000000003284	\$ 2.334.000,00
	N/A	144281	27/10/2022	ZC000000003283	\$ 2.202.000,00
Total del mes					\$ 18.604.000,00
Saldo del contrato					\$ 46.396.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$18.604.000,00
VALOR EN LETRAS :	DIEZ Y OCHO MILLONES SEISCIENTOS CUATRO MIL PESOS M/Cte

NOTA 1: SE ANEXA CERTIFICADO DE PAGOS DE PARAFISCALES DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2022
 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.
 DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION Y SIN OBSERVACIONES LOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS PREVISTOS EN EL CONTRATO DE LA REFERENCIA

OBSERVACIONES:

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sea requeridos durante las actividades.

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2018	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO 2019	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO 2020	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO 2021	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO 2022	\$ 65.000.000,00	\$ 18.604.000,00	\$ 0,00	\$ 46.396.000,00
	\$ 65.000.000,00	\$ 18.604.000,00	\$ 0,00	\$ 46.396.000,00
VALOR TOTAL	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	Martha Rodríguez Figueroa
NUMERO DE CEDULA:	51.615.847
FIRMA :	<i>Martha Rodríguez Figueroa</i>

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD: N/A	FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR: N/A
------------------------------------	---------------------------------

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	N/A	N/A
Acta de supervisión y/o Factura	X	2
Pago de Seguridad Social	N/A	N/A