

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:	may-23				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	LICITACION PUBLICA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	LP-001-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
142-2023	SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, DISPOSITIVOS MEDICOS, SUSTITUTOS ÓSEOS Y PRÓTESIS A MEDIDA. PARA LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA, MAXILOFACIAL, CIRUGÍA PLÁSTICA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, NEUROCIRUGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		4/04/2023	
		Valor inicial:	\$	255.000.000,00	
		VIGENCIA AÑO (Ej:2023)	\$	-	
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2021)	\$	-	
		VIGENCIA AÑO	\$	-	
		VIGENCIA AÑO	\$	-	
		VIGENCIA AÑO	\$	-	
		Adiciones (Si aplica) :	\$	-	
		1-	\$	-	
		2-	\$	-	
		3-	\$	-	
		4-	\$	-	
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	\$	-	
		1-	\$	-	
		2-	\$	-	
		3-	\$	-	
		4-	\$	-	
		Valor Total Contrato		\$	255.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF).
				189823	13123
				Fecha:	31/01/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		21-44-101408895	
		Aseguradora (Si aplica):		SEGUROS DEL ESTADO	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		4/04/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		SMSM CESAR ERNESTO ARANGO PILONIETA	
		Fecha de inicio de contrato		04/04/2023	
				4/04/2023	
		Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
				4/04/2023	15/11/2023
		Vigencia del Contrato: : La vigencia será igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más			
		Prorrogas: En tiempo			
		1-			
		2-			
3-					
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 800.061,357			
IMPLANTES Y SISTEMAS ORTOPEDICOS S.A. ISO		Dirección: CALLE 116 # 70D-53			
		Telefono: 7458355			
		Cuenta Bancaria No. 233011543			
		Banco: ITAU			
		Tipo de Cuenta:			
		Ahorros	Corriente		
			X		

FORMA DE PAGO: PAGOS PARCIALES

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-F7-05	VERSIÓN	08
		Página:	2 DE 2		

Descripción de Servicios a Recibir	Almacén que Ingresó	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
SUPLENIMIENTO DE MATERIAL DE ORTODONCIAS, DISPOSITIVOS MÉDICOS, SUSTITUTOS ÓSEOS Y PRÓTESIS A MEDIDA, PARA LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA, MAXILOFACIAL, CIRUGÍA PLÁSTICA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, NEUROCIRUGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	ZDE000000005153	BOG 16327	16/05/2023	10655	\$ 5.359.081,00
	ZDE000000004795	BOG 16509		10657	\$ 2.147.900,00
Total del mes					\$ 7.506.981,00
Saldo del contrato					\$ 231.292.759,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$7.506.981,00
VALOR EN LETRAS:	SIETE MILLONES QUINIENTOS SEIS MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y UN

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pension AAAA/MM/DD y riesgos profesionales AAAA/MM/DD Planilla N° xxxx – correspondiente al mes de xxxx
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (XXXX); así mismo certifico que el/la contratista presentó 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 SATISFACCIÓN

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):
--

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	\$ 255.000.000,00	\$ 23.707.241,00	\$ 0,00	\$ 231.292.759,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
VALOR TOTAL	\$ 255.000.000,00	\$ 23.707.241,00	\$ 0,00	\$ 231.292.759,00
	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 CESAR ERNESTO ARANGO PILONIETA
NUMERO DE CEDULA:	79156612
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:	Dr. Juan F. Maldonado G. C.C. 79.396.695 Anestesia - UCI	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		