P 24A

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:	AGOSTO 23 DE 2023				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	SELECCIÓN ABREVIADA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SA-030-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
234-2023	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:		9/05/2023
		Valor inicial:	$	2.244.000.000,00
		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	$	2.244.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			223523	10323
			Fecha:	11/01/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	33-44-101238220	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	9/05/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	SMSM CESAR ERNESTO ARANGO PILONIETA 09/05/2023	
		Fecha de inicio de contrato	9/05/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			9/05/2023	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.: 860.529.890		
DISORTHO S.A.S	Dirección: CALLE 84 N° 19A-20		
	Telefono: 6023333		
	Cuenta Bancaria No. 16714325331		
	Banco: BANCOLOMBIA		
	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			X

FORMA DE PAGO: PAGOS PARCIALES

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

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
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.	ZD000000005874	BA104501	29/06/2023	14438	$ 5.584.900,00
	ZD000000005875	BA104496	29/06/2023	14439	$ 5.338.500,00
	ZD000000005876	BA104494	29/06/2023	14442	$ 399.000,00
	ZD000000005877	BA104495	29/06/2023	14444	$ 4.906.251,00
	ZD000000005878	BA104520	29/06/2023	14455	$ 5.011.600,00
	ZD000000005920	BA104534	1/07/2023	14596	$ 6.197.900,00
	ZD000000005921	BA104533	1/07/2023	14597	$ 5.338.500,00
	ZD000000005922	BA104537	1/07/2023	14598	$ 6.248.151,00
	ZD000000005946	BA104599	4/07/2023	14743	$ 2.092.800,00
	ZD000000005947	BA104598	4/07/2023	14744	$ 16.907.400,00
	ZD000000005948	BA104538	30/06/2023	14745	$ 6.248.151,00
	ZD000000005949	BA104629	4/07/2023	14746	$ 5.584.900,00
	ZD000000005951	BA104722	5/07/2023	14748	$ 22.446.800,00
	ZD000000005952	BA104627	4/07/2023	14749	$ 5.584.900,00
	ZD000000005991	BA104721	7/07/2023	14870	$ 7.000.000,00
	ZD000000006014	BA104840	6/07/2023	15006	$ 976.100,00
	ZD000000006015	BA104845	6/07/2023	15007	$ 5.338.500,00
	ZD000000006035	BA104949	11/07/2023	15028	$ 3.570.200,00
	ZD000000006036	BA104950	11/07/2023	15029	$ 6.370.000,00
	ZD000000006063	BA104953	12/07/2023	15081	$ 5.338.500,00
	ZD000000006065	BA104952	12/07/2023	15083	$ 5.584.900,00
	ZD000000006066	BA104954	12/07/2023	15085	$ 5.338.500,00
	ZD000000006067	BA105034	12/07/2023	15086	$ 5.584.900,00
	ZD000000006068	BA105026	12/07/2023	15087	$ 5.584.900,00
	ZD000000006139	BA105174	13/07/2023	15192	$ 3.969.000,00
	ZD000000006142	BA105112	12/07/2023	15195	$ 25.000,00
	ZD000000006143	BA105113	12/07/2023	15196	$ 3.596.000,00
	ZD000000006144	BA105114	12/07/2023	15197	$ 4.716.800,00
	ZD000000006145	BA105115	12/07/2023	15198	$ 1.348.000,00
	ZD000000006146	BA105175	13/07/2023	15199	$ 2.047.200,00
	ZD000000006157	BA105176	13/07/2023	15210	$ 5.338.500,00
	ZD000000006210	BA105244	12/07/2023	15376	$ 306.500,00
	ZD000000006211	BA105246	14/07/2023	15377	$ 3.870.000,00
	ZD000000006212	BA105247	14/07/2023	15378	$ 5.338.500,00
	ZD000000006213	BA105245	14/07/2023	15379	$ 5.338.500,00
	ZD000000006216	BA105370	17/07/2023	15383	$ 6.745.951,00
	ZD000000006264	BA105493	21/07/2023	15523	$ 6.315.200,00
	ZD000000006267	BA105511	21/07/2023	15527	$ 5.584.900,00
Total del mes					**$ 203.116.304,00**
Saldo del contrato					**$ 1.639.789.486,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$203.116.304,00**
VALOR EN LETRAS :	**DOSCIENTOS TRES MILLONES CIENTO DIECISEIS MIL TRESCIENTOS CUATRO PESOS**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 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 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

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	$ 2.244.000.000,00	$ 604.210.514,00	$ 0,00	$ 1.639.789.486,00
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	$ 2.244.000.000,00	$ 604.210.514,00	$ 0,00	$ 1.639.789.486,00
	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:	**79.156.612**
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:

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		