| 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 | 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: | | | |
|---|---|---|---|
| DISORTHO S.A.S | NIT/C.C.: 860.529.890 | | |
| | Dirección: CALLE 84 Nº 19A-20 | | |
| | Telefono: 6023333 | | |
| | Cuenta Bancaria No. 16714325331 | | |
| | Banco: BANCOLOMBIA | | |
| | Tipo de Cuenta: | Ahorros | Corriente |
| | | | X |

FORMA DE PAGO: PAGOS PARCIALES

| 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 | ZD000000005082 | BA 102386 | 17/05/2023 | 10262 | $ 4.638.400,00 |
| | ZD000000005083 | BA 102390 | 17/05/2023 | 10273 | $ 1.388.473,00 |
| | ZD000000005084 | BA 102387 | 17/05/2023 | 10275 | $ 2.338.500,00 |
| | ZD000000005085 | BA 102389 | 17/05/2023 | 10277 | $ 976.100,00 |
| | ZD000000005086 | BA 102384 | 17/05/2023 | 10281 | $ 3.074.300,00 |
| | ZD000000005087 | BA 102391 | 17/05/2023 | 10284 | $ 5.613.151,00 |
| **Total del mes** | | | | | **$ 18.028.924,00** |
| **Saldo del contrato** | | | | | **$ 2.144.342.475,00** |

| | |
|---|---|
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE** | **$18.028.924,00** |
| **VALOR EN LETRAS :** | **DIECIOCHO MILLONES VEINTIOCHO MIL NOVECIENTOS VEINTICUATRO** |

**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 | $ 99.657.525,00 | $ 0,00 | $ 2.144.342.475,00 |
| 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 | $ 99.657.525,00 | $ 0,00 | $ 2.144.342.475,00 |
| | 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:** Dr. Juan F. Marquez C.C. 79.396.695 Anestesia - UCI Hospital Militar Central

**FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:**

**DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:**

| DOCUMENTOS | SI | Nº FOLIOS |
|---|---|---|
| Informe de Actividades con sus soportes | | |
| Acta de supervisión y/o Factura | | |
| Pago de Seguridad Social | | |