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:	9 Junio de 2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTIA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	MC-070-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
040-2023	PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICO QUIRÚRGICOS Y ORTOPÉDICOS MÚLTIPLES CON PERSONAL ALTAMENTE CALIFICADO EN EL MANEJO DE PATOLOGÍAS CONGÉNITAS, NEUROLÓGICAS Y DEL SISTEMA MUSCULO ESQUELÉTICO EN PACIENTES MENORES DE EDAD DE ACUERDO A LOS SERVICIOS QUE LE SEAN REQUERIDOS Y DEBIDAMENTE AUTORIZADOS PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		28 de Febrero 2023
		Valor inicial:	$	52,200,000.00
		VIGENCIA AÑO 2023	$	52,200,000.00
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		NO	$	-
		NO	$	-
		NO	$	-
			$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		NO	$	-
		NO	$	-
		NO	$	-
			$	-
		Valor Total Contrato	$	52,200,000.00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			177823	21523
			Fecha:	3/10/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	3580681-4	
		Aseguradora (Si aplica):	SURAMERICANA	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	16-Marzo de 2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	CESAR ARANGO	
			2/20/2023	
		Fecha de inicio de contrato	3/27/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			3/27/2023	12/15/2023
		Vigencia del Contrato:	IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y SEIS MESES MAS	
		Prorrogas: En tiempo		
		1-	NO	
		2-		
		3-		

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT/C.C.:	860.013.874-7	
INSTITUTO COLOMBIANO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT	Dirección:	CRA 4 ESTE NO. 17- 50 BOGOTA DC desarrolloioir@ioir.org.co - https://www.institutoroosevelt.org.co/	
	Cuenta Bancaria No.	110040040107	
	Banco:	BANCO POPULAR	
	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			X

FORMA DE PAGO: Sesenta (60) dias siguientes al recibo a satisfaccion de los bienes objeto del contrato, previo cumplimiento de los tramites administrativos y financieros a q haya lugar.

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	09
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICO QUIRÚRGICOS Y ORTOPÉDICOS MÚLTIPLES CON PERSONAL ALTAMENTE CALIFICADO EN EL MANEJO DE PATOLOGÍAS CONGÉNITAS, NEUROLÓGICAS Y DEL SISTEMA MUSCULO ESQUELÉTICO EN PACIENTES MENORES DE EDAD DE ACUERDO A LOS SERVICIOS QUE LE SEAN REQUERIDOS Y DEBIDAMENTE AUTORIZADOS PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	NA	2615380	20-4-23	NA	$ 90,000.00
	NA	2608633	30-3-23	NA	$ 90,000.00
	NA	2619311	27-4-23	NA	$ 90,000.00
VALOR A FACTURAR					**$ 270,000.00**
Saldo del contrato					**$ 51,930,000.00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$270,000.00**
VALOR EN LETRAS :	**DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL PESOS M/CTE**

Nota 1: Verifico pago aportes seguridad social y parafiscales, de acuerdo a la certificacion de fecha ABRIL 2023 correspondiente al pago de Marzo 2023.

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social los últimos 6 meses, asi mismo, certifico que el contratista presentó el informe de actividades o la relacion de bienes y/o servicios contratados, el cual es parte integral del presente documento, dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligacione del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCCION.

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
2023	$ 52,200,000.00	$ 270,000.00	$ 0.00	$ 51,930,000.00
VALOR TOTAL	$ 52,200,000.00	$ 270,000.00	$ 0.00	$ 51,930,000.00
	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:	**CESAR ARANGO**
NUMERO DE CEDULA:	**52259003**
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 Hospital Militar Central

FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	2
Acta de supervisión y/o Factura	X	7
Pago de Seguridad Social	X	2