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:	JULIO 06 DE 2023				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	LICITACION PUBLICA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	LP-001-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
140-2023	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:		27/03/2023
		Valor inicial:	$	1.224.000.000,00
		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	$	1.224.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			191523	13123
			Fecha:	28/03/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	33-44-101237191	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO SA	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	31/03/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	SMSM JOSE IGNACIO SANCHEZ URBINA 03/04/2023	
		Fecha de inicio de contrato	31/03/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			27/03/2023	15/12/2023
		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.	NIT/C.C.: 860,529,890-0			
	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.	ZD000000005603	BA 103757	14/06/2023	12737	$ 21.475.100,00
	ZD000000005604	BA 103746	14/06/2023	12742	$ 5.982.000,00
	ZD000000005612	BA 103748	14/06/2023	12754	$ 7.304.253,00
	ZD000000005846	BA 104447	26/06/2023	14320	$ 11.372.000,00
	ZD000000005523	BA 103382	5/06/2023	12405	$ 20.616.100,00
	ZD000000005524	BA 103519	7/06/2023	12406	$ 8.756.500,00
	ZD000000005525	BA 103538	7/06/2023	12407	$ 5.982.000,00
	ZD000000005526	BA 103537	7/06/2023	12408	$ 3.742.800,00
	ZD000000005540	BA 103579	8/06/2023	12427	$ 1.690.000,00
Total del mes					**$ 86.920.753,00**
Saldo del contrato					**$ 980.418.735,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$86.920.753,00**
VALOR EN LETRAS :	**OCHENTA Y SEIS MILLONES NOVECIENTOS VEINTE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión AAAA/MM/DD y riesgos profesionales AAAA/MM/DD Planilla Nº 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	$ 1.224.000.000,00	$ 243.581.265,00	$ 0,00	$ 980.418.735,00
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	$ 1.224.000.000,00	$ 243.581.265,00	$ 0,00	$ 980.418.735,00
	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	Nº Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**SMSM JOSE IGNACIO SANCHEZ URBINA**
NUMERO DE CEDULA:	**13275702**
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:**

Dr. Julian F. Maldonado G.
C.C. 79.796.695
Anestesia - UCI
Hospital Militar Central

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		