| 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 | MINIMA CUANTIA | Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL | MC-135-2023-HOMIL |

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|---|---|
| 181-2023 | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS Y DISPOSITIVOS MEDICOS DE TRAUMA BÁSICO, PARA LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA Y CIRUGÍA PLÁSTICA, DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. | Fecha de suscripción: | | 5/04/2023 |
| | | Valor inicial: | $ | 26.000.000,00 |
| | | 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 | $ | 26.000.000,00 |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF | Nº CDP (SIIF). |
| | | | 61223 | 206223 |
| | | | Fecha: | 12/04/2023 |
| | | Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | C-100055636 | |
| | | Aseguradora (Si aplica): | SEGUROS DEL ESTADO | |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 15/04/2023 | |
| | | Nombre del Supervisor y fecha de notificación: | SMSM JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ 17/04/2023 | |
| | | Fecha de inicio de contrato | 4/04/2023 | |
| | | Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
| | | | 17/04/2023 | 30/04/2023 |
| | | 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.: 805.026.666-8 | | |
|---|---|---|---|
| BIOART SA | Dirección: CARRERA 106 #15-45 | | |
| | Telefono: 4865859 | | |
| | Cuenta Bancaria No. 379469998759 | | |
| | Banco: DAVIVIENDA | | |
| | 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 Y DISPOSITIVOS MEDICOS DE TRAUMA BÁSICO, PARA LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA Y CIRUGÍA PLÁSTICA, DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. | ZDE000000004783 | FB 116970 | 19/04/2023 | 8834 | $ 565.466,00 |
| | ZDE000000004785 | FB 116971 | 19/04/2023 | 8836 | $ 1.113.447,00 |
| | ZDE000000004786 | FB 117060 | 20/04/2023 | 8838 | $ 1.727.494,00 |
| | ZDE000000004792 | FB 117311 | 27/04/2023 | 8848 | $ 25.000,00 |
| | ZDE000000004787 | FB 117074 | 21/04/2023 | 8840 | $ 26.226,00 |
| | ZDE000000004789 | FB 117168 | 25/04/2023 | 8841 | $ 758.789,00 |
| | ZDE000000004790 | FB 117222 | 26/04/2023 | 8843 | $ 13.113,00 |
| | ZDE000000004791 | FB 117310 | 28/04/2023 | 8844 | $ 13.113,00 |
| **Total del mes** | | | | | **$ 4.242.648,00** |
| **Saldo del contrato** | | | | | **$ 21.757.352,00** |

| | |
|---|---|
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE** | **$4.242.648,00** |
| **VALOR EN LETRAS :** | **CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO** |

**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 | $ 26.000.000,00 | $ 4.242.648,00 | $ 0,00 | $ 21.757.352,00 |
| 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 | $ 26.000.000,00 | $ 4.242.648,00 | $ 0,00 | $ 21.757.352,00 |
| | 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 | | PENSION | | RIESGOS PROFESIONALES | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Entidad | N° Planilla | Fecha de pago | Entidad | Valor | Entidad | Valor | Entidad | Valor |
| | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:** | **SMSM JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ** |
| **NUMERO DE CEDULA:** | **79299843** |
| **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 | | |