

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FY-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:	Jun-23				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	SELECCIÓN ABREVIADA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SA-030-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
235-2023	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:		8/05/2023	
		Valor inicial:	\$	994.000.000,00	
		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		\$	994.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF).
				222723	10323
				Fecha:	5/04/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		21-44-101412072	
		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 JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ 09/05/2023	
		Fecha de inicio de contrato		4/04/2023	
		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.: 830.023.819			
LOGISTICA PARA DISPOSITIVOS MEDICOS S.A.S LOGYSMED		Dirección:			
		Telefono:			
		Cuenta Bancaria No. 402-538838-57			
		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	Almacén que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, DISPOSITIVOS MÉDICOS, 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	ZDE00000005185	E 84191	24/05/2023	10746	\$ 18.847.400,00
Total del mes					\$ 18.847.400,00
Saldo del contrato					\$ 960.164.200,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$18.847.400,00
VALOR EN LETRAS:	DIECIOCHO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS

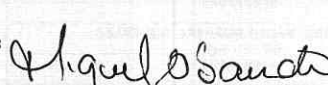
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión AAAA/MM/DD y riesgos profesionales AAAA/MM/DD Planilla N° xxxx – correspondiente al mes de XXXX. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (XXXX); así 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):
--

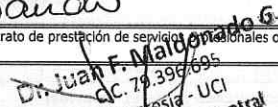
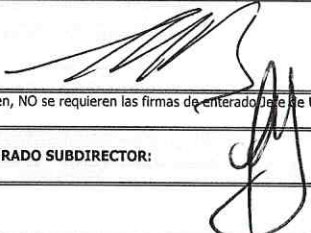
VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	\$ 994.000.000,00	\$ 33.835.800,00	\$ 0,00	\$ 960.164.200,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
VALOR TOTAL	\$ 994.000.000,00	\$ 33.835.800,00	\$ 0,00	\$ 960.164.200,00
	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:	79.299.843
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		