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:	AGOSTO 14 DE 2023				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	SELECCIÓN ABREVIADA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SA-063-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
307-2023	SERVICIO DE NEUROMONITOREO QUE INCLUYE EQUIPO TECNOLÓGICO Y EQUIPO HUMANO PROFESIONAL MEDICO PARA EL ÁREA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	Fecha de suscripción:		4/04/2023
		Valor inicial:	$	120.000.000,00
		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	$	120.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			262223	75223
			Fecha:	26/06/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		21-44-10141936
		Aseguradora (Si aplica):		SEGUROS DEL ESTADO S.A
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		27/06/2023
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		SMSM CESAR ERNESTO ARANGO PILONIETA 2/06/2023
		Fecha de inicio de contrato		27/06/2023
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			27/06/2023	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:	NIT/C.C.: 900.820,009		
IMQUIRURGICOS S.A.	Dirección: Carrera 103 N°154-61 ofi 2809		
	Telefono: 3222173816		
	Cuenta Bancaria No. 033187493		
	Banco: BANCO DE BOGOTA		
	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 $
SERVICIO DE NEUROMONITOREO QUE INCLUYE EQUIPO TECNOLÓGICO Y EQUIPO HUMANO PROFESIONAL MEDICO PARA EL ÁREA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	ZD000000005966	IMQE5601	4/07/2023	14805	$ 6.000.000,00
	ZD000000005967	IMQE5602	15/05/2023	14806	$ 6.000.000,00
	ZD000000006071	IMQE5667	10/07/2023	15090	$ 6.000.000,00
Total del mes					**$ 18.000.000,00**
Saldo del contrato					**$ 102.000.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$18.000.000,00**
VALOR EN LETRAS :	

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	$ 120.000.000,00	$ 18.000.000,00	$ 0,00	$ 102.000.000,00
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	$ 120.000.000,00	$ 18.000.000,00	$ 0,00	$ 102.000.000,00
	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		PENSION		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:	79.156.622
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		