P4

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:	ago-23				
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		
141-2023	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:		4/04/2023
		Valor inicial:	$	340.000.000,00
		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	$	340.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			190023	13123
			Fecha:	13/01/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	15-44-101278032	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	20/04/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	SMSM JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ 25/04/2023	
		Fecha de inicio de contrato	25/04/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			25/04/2023	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.: 900.127.147		
EXEL MEDICAL SAS	Dirección: Calle 147 Nº 17-78 oficina 604		
	Telefono: 7451529		
	Cuenta Bancaria No. 384084307		
	Banco: BANCO DE BOGOTA		
	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	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.	ZD000000005649	ULT5308	14/06/2023	12872	$ 4.000.000,00
	ZD000000005691	ULT5352	21/06/2023	13019	$ 1.350.000,00
	ZD000000005693	ULT5322	21/06/2023	13037	$ 5.400.000,00
	ZD000000005694	ULT5321	21/06/2023	13038	$ 5.350.000,00
	ZD000000005695	ULT5353	21/06/2023	13039	$ 11.500.000,00
	ZD000000005763	ULT5413	22/06/2023	13854	$ 7.000.000,00
	ZD000000005764	ULT5412	22/06/2023	13858	$ 1.350.000,00
	ZD000000005916	ULT5484	30/06/2023	14580	$ 2.700.000,00
	ZD000000005917	ULT5485	30/06/2023	14582	$ 2.700.000,00
	ZD000000005928	ULT5492	30/06/2023	14636	$ 1.350.000,00
	ZD000000005929	UT5494	1/07/2023	14638	$ 1.350.000,00
	ZD000000005931	ULT5519	4/07/2023	14650	$ 1.350.000,00
	ZD000000006040	ULT5557	11/07/2023	15034	$ 2.700.000,00
	ZD000000006041	ULT5558	11/07/2023	15035	$ 6.515.000,00
	ZD000000006042	ULT5574	11/07/2023	15036	$ 3.500.000,00
	ZD000000006100	ULT5679	12/07/2023	15140	$ 4.000.000,00
	ZD000000006147	ULT5720	14/07/2023	15200	$ 2.700.000,00
	ZD000000006148	ULT5693	12/07/2023	15201	$ 4.000.000,00
	ZD000000006189	ULT5756	18/07/2023	15288	$ 2.700.000,00
	ZD000000006190	ULT5755	18/07/2023	15290	$ 1.350.000,00
	ZD000000006263	ULT5765	21/07/2023	15520	$ 4.000.000,00
Total del mes					**$ 76.865.000,00**
Saldo del contrato					**$ 69.905.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$76.865.000,00
VALOR EN LETRAS :	SETENTA Y SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS

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 XXX)

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	$ 340.000.000,00	$ 270.095.000,00	$ 0,00	$ 69.905.000,00
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	$ 340.000.000,00	$ 270.095.000,00	$ 0,00	$ 69.905.000,00
	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:	SMSM CESAR ERNESTO ARANGO PILONIETA
NUMERO DE CEDULA:	79.156.612
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		