| 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: | jun-23 |
|---|---|

| TIPO DE CONTRATO | SUMINISTRO | TIPO DE PROCESO | LICITACION PUBLICA | N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL | LP-001-2023-HOMIL |
|---|---|---|---|---|---|

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|---|---|
| 139-2023 | 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: | | 22/03/2023 |
| | | Valor inicial: | $ | 935.000.000,00 |
| | | 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 | $ | 935.000.000,00 |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF | N°CDP (SIIF). |
| | | | 13123 | 195023 |
| | | | Fecha: | 31/03/2023 |
| | | Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | 980-47-994000024451 | |
| | | Aseguradora (Si aplica): | ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA | |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 3/04/2023 | |
| | | Nombre del Supervisor y fecha de notificación: | SMSM CESAR ERNESTO ARANGO PILONIETA 04/04/2023 | |
| | | Fecha de inicio de contrato | 4/04/2023 | |
| | | Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
| | | | 4/04/2023 | 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.: 800.250.382 | | |
|---|---|---|---|
| AMAREY NOVA MEDICAL S.S | Dirección: Trans 23 No. 93-23 | | |
| | Telefono: 7447300 | | |
| | Cuenta Bancaria No. 04809461899 | | |
| | Banco: CITIBANK | | |
| | 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. | ZD00000005073 | AMY 8800144131 | 17/05/2023 | 10220 | $ 3.356.627,00 |
| | ZD00000005157 | AMY 8800144281 | 18/05/2023 | 10680 | $ 1.878.750,00 |
| | ZD00000005159 | AMY 8800144324 | 19/05/2023 | 10686 | $ 345.369,00 |
| | ZD00000005160 | AMY 8800144320 | 19/05/2023 | 10689 | $ 161.295,00 |
| | ZD00000005162 | AMY 8800144334 | 19/05/2023 | 10693 | $ 206.878,00 |
| | ZD00000005163 | AMY8800144450 | 23/05/2023 | 10694 | $ 2.821.759,00 |
| | ZD00000005165 | AMY 8800144469 | 23/05/2023 | 10697 | $ 7.131.464,00 |
| | ZD00000005166 | AMY 8800144455 | 23/05/2023 | 10698 | $ 5.937.000,00 |
| | ZD00000005167 | AMY 8800144452 | 23/05/2023 | 10699 | $ 4.533.030,00 |
| Total del mes | | | | | $ 26.372.172,00 |
| Saldo del contrato | | | | | $ 719.612.695,00 |

| | |
|---|---|
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | $26.372.172,00 |
| VALOR EN LETRAS : | VEINTISÉIS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CIENTO QUINCE |

**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 | $ 935.000.000,00 | $ 215.387.305,00 | $ 0,00 | $ 719.612.695,00 |
| 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 | $ 935.000.000,00 | $ 215.387.305,00 | $ 0,00 | $ 719.612.695,00 |
| | 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.**

| INFORMACION 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: | 79156612 |
| 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:** Dr. Juan F. Maldonado G. C.C. 79.396.695 Anestesia - UCI Hospital Militar Central

**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 | | |