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:	FEBRERO 2024				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	SAMC	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SA-098-2023- HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
470/2023	SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2023-2026 LOTE N°1 - PRÓTESIS AUDITIVA DE OIDO MEDIO SEMI IMPLANTABLE (VB), PRÓTESIS AUDITIVA DE TRANSMISIÓN OSEA SUBCUTANEA (BB), INSUMOS Y/O ACCESORIOS PARA IMPLANTE COCLEAR MEDEL	Fecha de suscripción:		18/12/2023
		Valor inicial:	$	900.100.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$	100.000,00
		VIGENCIA AÑO 2024	$	300.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2025	$	300.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2026	$	300.000.000,00
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	900.100.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			35223	122523
			Fecha:	05/09/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	33-44-101245288	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	28/12/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		
		Fecha de inicio de contrato	28/12/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			28/12/2023	31/07/2026
		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.: 860.529.890-0		
DISORTHO S.A.S	Dirección: Calle 84 N° 19 A 20		
	Telefono: 3228475919		
	Cuenta Bancaria N° . 167-143253-31		
	Banco: BANCOLOMBIA		
	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			X

FORMA DE PAGO: El valor del contrato que llegaré a suscribirse se cancelará mediante PAGOS PARCIALES previo informe de supervisión, dentro de los noventa (90) días siguientes al recibo a satisfacción de los bienes objeto del contrato, previo cumplimiento de los trámites administrativos y financieros a que haya lugar

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 REHABILITACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2023-2026 LOTE N°1 - PRÓTESIS AUDITIVA DE OIDO MEDIO SEMI IMPLANTABLE (VB), PRÓTESIS AUDITIVA DE TRANSMISIÓN OSEA SUBCUTANEA (BB), INSUMOS Y/O ACCESORIOS PARA IMPLANTE COCLEAR MEDEL	FARMACIA TECNOLOGIAS EN SALUD		dd/mm/aaaa		
					$ -
					$ -
Total del mes					**$ -**
Saldo del contrato					**Valor total-valor ejecutado en pesos ($000000)**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$0,00**
VALOR EN LETRAS :	**#¡VALOR!**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión : N/A

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	**$ 100.000,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 100.000,00**
AÑO 2024	**$ 300.000.000,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 300.000.000,00**
AÑO 2025	**$ 300.000.000,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 300.000.000,00**
AÑO 2026	**$ 300.000.000,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 300.000.000,00**
	$ 0,00	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**
VALOR TOTAL	**$ 900.100.000,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 900.100.000,00**
	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.

INFORMACION GENERAL			SALUD		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:
NUMERO DE CEDULA: 80.408.996
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		