| 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: | ABRIL 03 2024 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | SUMINISTRO | TIPO DE PROCESO | SELECCIÓN ABREVIADA | N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL | LP-024-2023-HOMIL |

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|---|---|
| 495-2023 | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS E INSUMOS QUIRURGICOS CON APOYO TECNOLOGICO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL" DE LAS VIGENCIAS FUTURAS 2023-2026 LOTE 49 y 54 | Fecha de suscripción: | | 25/12/20 |
| | | Valor inicial: | $ | 788.040.088,0 |
| | | VIGENCIA AÑO 2024 90024 | $ | 1.340.000,0 |
| | | VIGENCIA AÑO | $ | 293.041.920,0 |
| | | VIGENCIA AÑO | $ | 307.987.057,9 |
| | | VIGENCIA AÑO | $ | 185.671.110,0 |
| | | VIGENCIA AÑO | $ | - |
| | | Adiciones (Si aplica) : | | |
| | | 1- | $ | - |
| | | 1- | | |
| | | 2- | $ | - |
| | | 3- | $ | - |
| | | 4- | $ | - |
| | | Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica): | $ | - |
| | | 1- | $ | - |
| | | 2- | $ | - |
| | | 3- | $ | - |
| | | 4- | $ | - |
| | | Valor Total Contrato | $ | 788.040.088,0 |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF | N°CDP (SIIF). |
| | | | 485823 | 13123 |
| | | | Fecha: | 28/12/2024 |
| | | Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | | 3814811-1 |
| | | Aseguradora (Si aplica): | | SURAMERICANA |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | | 29/12/2024 |
| | | Nombre del Supervisor y fecha de notificación: | | Carlos Gregorio Torres Restrepo |
| | | Fecha de inicio de contrato | | 4/01/2024 |
| | | Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
| | | | 4/01/2024 | 31/07/2026 |
| | | 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: 900622371 | | |
|---|---|---|---|
| FIXMEDICAL | Dirección: CL 134 -7- 83 OF451 | | |
| | Telefono: 6158180 | | |
| | Cuenta Bancaria No. 18098070890 | | |
| | Banco: BANCOLOMBIA | | |
| | Tipo de Cuenta: | Ahorros | Corriente |
| | | X | |

FORMA DE PAGO: PAGOS PARCIALES

| RMATO | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CODIGO | GA-GECO-MN-01-FT-05 | VERSIÓN | 08 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Página: | | 2 DE 2 | |

| escripción de Servicios a Recibir | Almacen que Ingresa | No. Factura | Fecha | No. Relación de Soportes | Valor $ |
|---|---|---|---|---|---|
| INISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS E INSUMOS QUIRURGICOS CON APOYO ECNOLOGICO PARA EL HOSPITAL MILITAR RAL" DE LAS VIGENCIAS FUTURAS 2023-2026 LOTE 49 y 54 | ZE000000010182 | 12867 | 1/03/2024 | 3739 | $ 3.028.512,00 |
| | ZE000000009908 | 12778 | 12/03/2024 | 4232 | $ 3.028.512,00 |
| | ZE000000010084 | 12842 | 16/03/2024 | 4493 | $ 1.757.413,00 |
| del mes | | | | | $ 7.814.437,00 |
| del contrato | | | | | $ 768.145.193,00 |

| OR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA | $7.814.437,00 |
|---|---|
| VALOR EN LETRAS : | siete millones ochocientos catorce mil cuatrocientos treinta y siete pesos |

T1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión AAAA/MM/DD y Riesgos profesionales AAAA/MM/DD Planilla N° XXXX correspondiente al mes de XXXX
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 os 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

**ERVACIONES (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 | $ 1.340.000,00 | $ 1.340.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 |
| AÑO 2024 | $ 293.041.920,00 | $ 18.554.895,00 | $ 0,00 | $ 274.487.025,00 |
| AÑO 2025 | $ 307.987.057,92 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 307.987.057,92 |
| AÑO 2026 | $ 185.671.110,08 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 185.671.110,08 |
| VALOR TOTAL | $ 788.040.088,00 | $ 19.894.895,00 | $ 0,00 | $ 768.145.193,00 |
| | VALOR TOTAL CONTRATADO | VALOR TOTAL EJECUTADO | VALOR LIBERADO | VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR |

**A 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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| tidad | N° Planilla | Fecha de pago | Entidad | Valor | Entidad | Valor | Entidad | Valor |
| | | | | | | | | |

| IBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: | Carlos Gregorio Torres Restrepo |
|---|---|
| IERO DE CEDULA: | 1.020.771.175 |
| MA : | |

**A 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

| MA ENTERADO JEFE DE UNIDAD: | FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR: |
|---|---|

**UMENTOS 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 | | |