# INFORME DE SUPERVISION
# CONTRATO No. CDP20240062

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

| | |
|---|---|
| **Contratista** | **OXIMELO S.A.S.** |
| **Identificación** | **900.397.632-3** |
| **Fecha de suscripción del Contrato** | 2024/03/04 |
| **Objeto** | **SUMINISTRO OPORTUNO DE OXIGENO MEDICINAL PARA USO DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION** |
| **Plazo de Ejecución** | 1 MES |
| **Fecha de Iniciación** | 11 DE MARZO DE 2024 |
| **Fecha de Finalización** | 10 DE ABRIL DE 2024 O AGOTAR RECURSOS |

## 2. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO

| | |
|---|---|
| **Valor total del Contrato** | **$16.000.000,00** |
| **Valor Honorarios mensuales** | N/A |
| **Valor ejecutado (a la fecha de este informe)** | **$12.015.000,00** |
| **Valor faltante por ejecutar** | **$3.985.000,00** |
| **Porcentaje de Ejecución** | 75,0% |
| **Porcentaje por Ejecutar** | 25,0% |
| **Estado de la Garantía** | Vigente |
| **Matriz de Riesgos del Contrato** | Sin afectación.<br>En monitoreo y revisión por parte de la supervisión. |

## 3. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

### 3.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 11 DE MARZO AL 10 DE ABRIL DEL 2024.

Las actividades desarrolladas por el contratista en el periodo descrito anteriormente, relacionadas con cada una de las obligaciones específicas establecidas en los estudios previos de la contratación se desagregan a continuación y así mismo se detallan las evidencias o soportes, con lo cual se verifica el cumplimiento a satisfacción de la obligación establecida:

**OBLIGACIONES. (Diligenciar con cada una de las obligaciones específicas establecidas en los estudios previos y agregar si así se requiere)**

| Detalle de las actividades realizadas | | |
|---|---|---|
| **Actividad** | **Evidencias o Soportes** | **Fecha** |
| **EL SUMINISTRO OPORTUNO DE BALAS DE OXIGENO PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION-MAGDALENA** | **Facturas**<br><br>Factura OXAJ 471 | 26 DE MARZO DE 2024 |
| | | |

**NOTA:** El informe de ejecución del contratista junto con los soportes del caso hacen parte de la carpeta de supervisión del contrato y del expediente contractual correspondiente.

### a. ESTADO Y AVANCE DEL CONTRATO

El Contrato **No CDP20240062**, se encuentran en EJECUCION,

## 4. NOVEDADES O SITUACIONES ANORMALES PRESENTADAS DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO

Durante el presente período no se han presentado novedades o situaciones anormales que afecten el desarrollo del contrato.

## 5. RESUMEN DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA SUPERVISIÓN O INTERVENTORIA

- Seguimiento financiero y presupuestal del contrato.
- Conformación, actualización y seguimiento del expediente con la documentación relacionada con la ejecución del contrato.
- Verificación de la ejecución de las actividades específicas del contrato y seguimiento a la matriz de riesgos.

- Verificación del pago al Sistema de Seguridad Social Integral realizado por el contratista, de conformidad con la normatividad vigente.
- Verificación de la vigencia de la garantía exigida en el contrato.
- Verificación y aprobación de los soportes necesarios para el pago.
- Expedición de la certificación del recibo a satisfacción correspondiente al periodo descrito, de conformidad al servicio recibido.
- Trámite de reconocimiento y pago de honorarios ante la Subdirección Financiera.

6. **CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA RELACIONADAS CON EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES (Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Leyes 828 de 2003, 1122 de 2007, 1150 de 2007 y 1562 de 2012, Decretos 1072 de 2015 y 1273 de 2018 y demás normas concordantes).**

Se verificó el cumplimiento de las obligaciones del contratista con los sistemas de Seguridad Social Integral en salud, pensiones y riesgos laborales, información que se puede constatar en la planilla o certificación de pago correspondiente al periodo aquí relacionado.

7. **ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO Y MONITOREO A LA MATRIZ DE RIESGO DEL CONTRATO**

Se ha realizado el monitoreo por parte de la supervisión, de acuerdo con el tratamiento y/o control de los riesgos establecido en la matriz de los estudios previos del contrato, evidenciándose que no hay materialización de los mismos. Lo anterior se verifica a través del informe mensual de actividades del contratista de acuerdo con las obligaciones específicas pactadas, las cuales han tenido satisfactorio cumplimiento a la fecha.

8. **CERTIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL**

Certifico que el contratista **OXIMELO S.A.S.** **NIT 900.397.632-3,** cumplió con el objeto contractual del presente contrato y presento los documentos correspondientes para pago.

Atentamente,

JAIME PEÑALOZA MORENO
RESPONSABLE DEL AREA DE ALMACEN

**OXIMELO S.A.S.**
NIT 900.397.632-3
CALLE 14 A No 29-13
Tel: (5) 7283931
Riohacha - Colombia
oximelo@hotmail.com

Oximelo

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA NO. OXAJ 471**

**Fecha y Hora Factura**
Generación: 26/03/2024, 14:28
Expedición: 26/03/2024, 14:28

RES.DIAN No. Número Autorización 18764056983949
aprobado en 20230928 prefijo OXAJ desde el número 1 al 3000
Vigencia: 12 Meses

**Nombre del Cliente**
E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL

**Nit ó C.C.**
891.780.008-7

**Fecha de Vencimiento**
2024-04-26

**Razón Social**
E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL

**Dirección**
CRA 6 16 100

**Teléfono**
(605) 4143110 - Ext. 000

**Correo**
contabilidad@hospitalsanrafaeldefundacion.gov.co

**Vendedor**
José Evaristo Medina

**Centro de Costo**
0

**CONDICIONES DE VENTA:** La firma del comprador en este documento significa la aceptación de la mercancía y la obligación de pagar en los términos y condiciones estipuladas y su conformidad con el pacto de reserva de dominio que aquí se establece. Este documento se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio según Art 774 del código de Comercio. Nuestra responsabilidad cesa al entregar la mercancía a los transportadores. Reclamos por roturas o saqueo deben hacerse al transportador

| Ítem | Código | Nombre producto | Descripción | Cantidad | Vr. Unitario | % Desc. | Impto. Cargo | Impto. Rete. | Vr. Bruto | Vr. Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 95 | Oxígeno Medicinal 6.5M3 | Oxígeno Medicinal 6.5M3 | 108.00 | 100,000.00 | 0 % | 0 % | 0 % | 10,800,000.00 | 10,800,000.00 |
| 2 | 31 | Oxigeno Medicinal 1M3 | Oxigeno Medicinal 1M3 | 27.00 | 45,000.00 | 0 % | 0 % | 0 % | 1,215,000.00 | 1,215,000.00 |

**Total items:** 2

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 12,015,000.00 |
| **Total a Pagar** | **12,015,000.00** |

**OBSERVACIONES:**
FACTURA MES DE MARZO SEGÚN REMISIONES 0806 0811 0812 0813 0814 0819 0830

**Valor en Letras:**
Doce millones quince mil pesos m/cte

**Condiciones de Pago:**
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-04-26 por $ 12,015,000.00

**Orden de compra:** OXAJ - 471

**VENDEDOR**

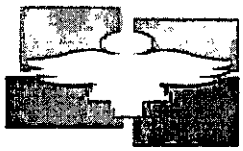
C.C. Ó NIT.:

**FIRMA Y SELLO**

C.C. Ó NIT.:

**CUFE:** eb2c5dc2fdecce9be271cd1a53eb76dd507ec07573a33c3e1d8dd57e41b30a486caf40b2b6b85fbce49e9e816602a52c

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS NIT 830.048.145 8. Nombre Software Siigo Nube Firma electrónica ver en el XML



# ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION

**NIT:** 891780008 **CODIGO DE HABILITACION:** 472880009101
**DIRECCION:** CALLE 16 NO 5A 46 **TELEFONO:** +57 (5) 413 00 43
**EMAIL:**

## ENTRADA DE ALMACEN

**Fuente:** 20 **Nro:** 5.020 **Fecha:** 26/03/2024 **Orden:** 0 **Concepto:** COMPRAS CREDITO
**Proveedor:** Nit/CC- 900397632 - OXIMELO SAS **Prefijo:** **Factura:** 471

| Codigo | Descripcion | Lote | Bodega | Fecha venc. | Cant | iva | Vunit | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M5463 | OXIGENO MEDICINAL 1M3 | | 30 | | 27 | | $45.000,00 | $1.215.000,00 |
| MO262 | OXIGENO MEDICINAL 6.5M3 | | 30 | | 108 | | $100.000,00 | $10.800.000,00 |

**Observacion**

| | |
|---|---|
| **SubTotal:** | **$12.015.000,00** |
| **Descuento:** | **$0,00** |
| **Iva:** | **$0,00** |
| **Reteica:** | **0,00** |
| **Retencion:** | **0,00** |
| **Total:** | **$12.015.000,00** |

**Firma Responsable** **Usuario:** 1081809932



# ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION

**NIT:** 891780008 **CODIGO DE HABILITACION:** 472880009101

**DIRECCION:** CALLE 16 NO 5A 46 **TELEFONO:** +57 (5) 413 00 43

**EMAIL:**

## SALIDA DE ALMACEN

**Fuente:** 28 **Nro:** 2.161 **Fecha:** 2024-03-26 **Factura:** 471 **Concepto:**OXIGENO HOSPITALIZACION

**Proveedor: OXIMELO SAS**

| Codigo | Descripcion | Cnt | V/unit | Lote | IVA | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MO262 | OXIGENO MEDICINAL 6.5M3 | 108 | 100.000,00 | | | 10.800.000,00 |
| M5463 | OXIGENO MEDICINAL 1M3 | 27 | 45.000,00 | | | 1.215.000,00 |

**Observaciones:**

| | |
|---|---|
| Subtotal: | 12.015.000,00 |
| iva: | 0,00 |
| TOTAL: | 12.015.000,00 |

**Firma quien entrega**
JAIME PEÑALOZA MORENO

**Firma quien recibe:**

aportes en línea

# Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| NIT 900397632 | 3 | OXIMELO SAS | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PRINCIPAL | CALLE 14 A # 29-13 | RIOHACHA-LA GUAJIRA | 7283931 | SI |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-02 | 2024-03 | 525058467 | 9463333679 | E | 2024/03/08 | 2024/03/20 | BANCO DAVIVIENDA | 12 | $372,600 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $52,000 | | | $1,300,000 | $52,000 | | | $1,300,000 | $56,600 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: OPERADOR ( 1 Afiliados) | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $52,000 | | | $1,300,000 | $52,000 | | | $1,300,000 | $56,600 | | $0 | $0 |
| Ciudad: RIOHACHA Depto: LA GUAJIRA ( 1 Afiliados) | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $52,000 | | | $1,300,000 | $52,000 | | | $1,300,000 | $56,600 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 84092211 | MEDINA JOSE | 230301 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS037 | 30 | $1,300,000 | $52,000 | CCF30 | 30 | $1,300,000 | $52,000 | 14-23 | 30 | $1,300,000 | $56,600 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $52,000 | | | $1,300,000 | $52,000 | | | $1,300,000 | $56,600 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| NIT 900397632 | 3 | OXIMELO SAS | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PRINCIPAL | CALLE 14 A # 29-13 | RIOHACHA-LA GUAJIRA | 7283931 | SI |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-02 | 2024-03 | 525058467 | 9463333679 | E | 2024/03/08 | 2024/03/20 | BANCO DAVIVIENDA | 12 | $372,600 |

## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $2,200 | $0 | $210,200 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $208,000 | $2,200 | $0 | $210,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $56,600 | $600 | $0 | $57,200 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $56,600 | $600 | $0 | $57,200 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $52,000 | $600 | $0 | $52,600 |
| COMFAMILIAR GUAJIRA | CCF30 | 892,115,006 | 5 | 1 | $52,000 | $600 | $0 | $52,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $52,000 | $600 | $0 | $52,600 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $52,000 | $600 | $0 | $52,600 |
| TOTAL | | | | 1 | $368,600 | $4,000 | $0 | $372,600 |