| 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: | AGOSTO 2 DE 2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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: | | | |
|---|---|---|---|
| AMAREY NOVA MEDICAL S.S | NIT/C.C.: 800.250.382 | | |
| | 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. | ZD0000000004548 | AMY8800140683 | 4/04/2023 | 6856 | $ 3.356.627,00 |
| | ZD0000000004549 | AMY8800140689 | 4/04/2023 | 6882 | $ 814.583,00 |
| | ZD0000000004991 | AMY8800143363 | 8/05/2023 | 9845 | $ 3.356.627,00 |
| | ZD0000000004992 | AMY8800143368 | 8/05/2023 | 9846 | $ 1.960.733,00 |
| | ZD0000000004993 | AMY8800143373 | 8/05/2023 | 9847 | $ 8.518.033,00 |
| | ZD0000000004994 | AMY8800143441 | 9/05/2023 | 9848 | $ 3.229.629,00 |
| | ZD0000000004995 | AMY8800143439 | 9/05/2023 | 9849 | $ 4.081.034,00 |
| | ZD0000000004996 | AMY8800143379 | 8/05/2023 | 9850 | $ 3.083.820,00 |
| | ZD0000000004997 | AMY8800143444 | 9/05/2023 | 9851 | $ 3.484.881,00 |
| | ZD0000000004998 | AMY8800143440 | 9/05/2023 | 9852 | $ 3.356.627,00 |
| | ZD0000000004999 | AMY8800143569 | 10/05/2023 | 9853 | $ 3.356.627,00 |
| | ZD0000000005040 | AMY8800143688 | 11/05/2023 | 9983 | $ 40.143,00 |
| | ZD0000000005038 | AMY8800143832 | 12/05/2023 | 9988 | $ 5.558.228,00 |
| | ZD0000000005041 | AMY8800143687 | 11/05/2023 | 9990 | $ 3.158.582,00 |
| | ZD0000000005042 | AMY8800143907 | 15/05/2023 | 9991 | $ 5.519.869,00 |
| | ZD0000000005043 | AMY8800143913 | 15/05/2023 | 9992 | $ 3.382.799,00 |
| | ZD0000000005044 | AMY8800144032 | 16/05/2023 | 9993 | $ 3.657.293,00 |
| | ZD0000000005240 | AMY8800144768 | 25/05/2023 | 11219 | $ 2.821.759,00 |
| | ZD0000000005249 | AMY8800144766 | 25/05/2023 | 11220 | $ 4.043.817,00 |
| | ZD0000000005285 | AMY8800144889 | 25/05/2023 | 11435 | $ 5.069.003,00 |
| | ZD0000000005423 | AMY8800145089 | 30/05/2023 | 12071 | $ 3.356.627,00 |
| | ZD0000000005424 | AMY8800145346 | 30/05/2023 | 12072 | $ 5.208.186,00 |
| | ZD0000000005374 | AMY8800145095 | 30/05/2023 | 11886 | $ 4.533.031,00 |
| Total del mes | | | | | $ 84.956.558,00 |
| Saldo del contrato | | | | | $ 850.043.442,00 |

| | |
|---|---|
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | $84.956.558,00 |
| VALOR EN LETRAS : | OCHENTA Y CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO |

**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 ediciones en el valor total) | VALOR EJECUTADO | VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN | PENDIENTE EJECUTAR |
|---|---|---|---|---|
| AÑO 2023 | $ 935.000.000,00 | $ 84.956.558,00 | $ 0,00 | $ 850.043.442,00 |
| 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 | $ 84.956.558,00 | $ 0,00 | $ 850.043.442,00 |
| | 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 | | PENSION | | 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 | | |

| 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: | AGOSTO 2 DE 2023 |
|---|---|

| 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 | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 | Nº 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 TRAMITES A PAGO | CODIGO | GA-GECO-MN-01-FT-05 | VERSIÓN | 06 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 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. | ZD00000005681 | 12986 | 20/06/2023 | AMY8800147037 | $ 6.190.509,00 |
| | ZD00000005682 | 12989 | 20/06/2023 | AMY8800147030 | $ 3.356.627,00 |
| | ZD00000005683 | 12991 | 20/06/2023 | AMY8800147039 | $ 7.045.098,00 |
| | ZD00000005684 | 12992 | 16/06/2023 | AMY8800146868 | $ 3.303.691,00 |
| | ZD00000005777 | 14121 | 22/06/2023 | AMY8800147335 | $ 6.342.642,00 |
| | ZD00000005778 | 14129 | 26/06/2023 | AMY8800147679 | $ 3.356.627,00 |
| | ZD00000005885 | 14493 | 28/06/2023 | AMY8800147901 | $ 8.941.362,00 |
| | ZD00000005886 | 14494 | 29/06/2023 | AMY8800148016 | $ 3.597.765,00 |
| | ZD00000006215 | 15382 | 17/07/2023 | AMY8800149377 | $ 3.158.582,00 |
| | ZD00000006218 | 15385 | 17/07/2023 | AMY8800149379 | $ 11.126.094,00 |
| | ZD00000006219 | 15386 | 17/07/2023 | AMY8800149378 | $ 3.623.937,00 |
| | ZD00000006274 | 15544 | 19/07/2023 | AMY8800149790 | $ 1.524.073,00 |
| | ZD00000006286 | 15589 | 17/07/2023 | AMY880014191 | $ 80.286,00 |
| | ZD00000006080 | 15104 | 11/07/2023 | AMY8800148890 | $ 3.623.937,00 |
| | ZD00000006081 | 15105 | 11/07/2023 | AMY8800148889 | $ 3.356.627,00 |
| | ZD00000006125 | 15170 | 13/07/2023 | AMY8800149140 | $ 3.580.753,00 |
| | ZD00000006126 | 15171 | 13/07/2023 | AMY8800149141 | $ 16.118.640,00 |
| | ZD00000006082 | 15108 | 11/07/2023 | AMY8800148891 | $ 40.143,00 |
| | ZD00000006124 | 15169 | 13/07/2023 | AMY8800149138 | $ 1.549.001,00 |
| Total del mes | | | | | $ 89.916.394,00 |
| Saldo del contrato | | | | | $ 566.218.852,00 |

| | |
|---|---|
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | $89.916.394,00 |
| VALOR EN LETRAS : | OCHENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS DIECISÉIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO |

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 | $ 368.781.148,00 | $ 0,00 | $ 566.218.852,00 |
| 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 | $ 368.781.148,00 | $ 0,00 | $ 566.218.852,00 |
| | 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: | 79.166.612 |
| FIRMA : | Dr. Juan F. Maldonado G. C.C. 79.396.[illegible] Anestesia - UCI Hospital Militar Central |

NOTA 3: Recuerda 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 | | |

| 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: | AGOSTO 23 DE 2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 | Nº 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: | | | |
|---|---|---|---|
| AMAREY NOVA MEDICAL S.S | NIT/C.C.: 800.250.382 | | |
| | Dirección: Trans 23 No. 93-23 | | |
| | Telefono: 7447300 | | |
| | Cuenta Bancaria No. 04809461899 | | |
| | Banco: BANCOLOMBIA | | |
| | 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. | ZD000000004548 | AMY8800140683 | 4/04/2023 | 6856 | $ 3.356.627,00 |
| | ZD000000004549 | AMY8800140689 | 4/04/2023 | 6882 | $ 814.583,00 |
| | ZD000000004603 | AMY8800140937 | 10/04/2023 | 7028 | $ 3.356.627,00 |
| | ZD000000004604 | AMY8800141042 | 11/04/2023 | 7029 | $ 3.356.627,00 |
| | ZD000000004605 | AMY8800141037 | 11/04/2023 | 7030 | $ 40.611,00 |
| | ZD000000004607 | AMY8800141038 | 17/04/2023 | 7078 | $ 81.222,00 |
| | ZD000000004608 | AMY8800141045 | 17/04/2023 | 7080 | $ 203.055,00 |
| | ZD000000004609 | AMY8800141187 | 17/04/2023 | 7081 | $ 3.356.627,00 |
| | ZD000000004610 | AMY8800141192 | 17/04/2023 | 7082 | $ 723.404,00 |
| | ZD000000004611 | AMY8800141325 | 17/04/2023 | 7083 | $ 4.533.031,00 |
| | ZD000000004955 | AMY8800140936 | 10/05/2023 | 9721 | $ 1.768.750,00 |
| | ZD000000004634 | AMY8800141712 | 18/04/2023 | 9725 | $ 3.356.626,00 |
| | ZD000000004959 | AMY8800141713 | 18/04/2023 | 9727 | $ 3.356.627,00 |
| | ZD000000004961 | AMY8800141830 | 19/04/2023 | 9730 | $ 40.143,00 |
| | ZD000000004965 | AMY8800141999 | 20/04/2023 | 9744 | $ 103.439,00 |
| | ZD000000004966 | AMY8800142257 | 24/04/2023 | 9746 | $ 120.429,00 |
| | ZD000000004967 | AMY8800142259 | 24/04/2023 | 9750 | $ 3.623.937,00 |
| | ZD000000004968 | AMY8800141190 | 24/04/2023 | 9756 | $ 6.042.699,00 |
| | ZD000000004970 | AMY8800141432 | 17/04/2023 | 9759 | $ 14.092.061,00 |
| | ZD000000004971 | AMY8800141709 | 18/04/2023 | 9761 | $ 6.174.619,00 |
| | ZD000000004975 | AMY8800141715 | 18/04/2023 | 9775 | $ 4.533.031,00 |
| | ZD000000004978 | AMY8800141834 | 19/04/2023 | 9778 | $ 3.969.626,00 |
| | ZD000000004979 | AMY8800141832 | 19/04/2023 | 9779 | $ 4.124.061,00 |
| | ZD000000004980 | AMYD8800141998 | 20/04/2023 | 9781 | $ 3.704.139,00 |
| | ZD000000004981 | AMY8800141989 | 16/05/2023 | 9822 | $ 4.890.753,00 |
| | ZD000000004982 | AMY8800142505 | 16/05/2023 | 9827 | $ 4.734.553,00 |
| | ZD000000004983 | AMY8800142753 | 16/05/2023 | 9835 | $ 5.069.003,00 |
| | ZD000000004984 | AMY8800142740 | 16/05/2023 | 9837 | $ 3.771.859,00 |
| | ZD000000004985 | AMY8800142829 | 16/05/2023 | 9839 | $ 1.768.750,00 |
| | ZD000000004986 | AMY8800143015 | 16/05/2023 | 9840 | $ 7.902.553,00 |
| | ZD000000004987 | AMY8800142847 | 16/05/2023 | 9841 | $ 6.137.425,00 |
| | ZD000000004988 | AMY8800142855 | 16/05/2023 | 9842 | $ 2.768.002,00 |
| | ZD000000004989 | AMY8800142837 | 16/05/2023 | 9843 | $ 3.932.723,00 |
| | ZD000000004990 | AMY8800143019 | 16/05/2023 | 9844 | $ 3.356.627,00 |
| **Total del mes** | | | | | **$ 119.164.849,00** |
| **Saldo del contrato** | | | | | **$ 815.835.151,00** |

| | |
|---|---|
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE** | **$119.164.849,00** |
| **VALOR EN LETRAS :** | **CIENTO DIECINUEVE MILLONES CIENTO SESENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y NUEVE 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 | $ 935.000.000,00 | $ 119.164.849,00 | $ 0,00 | $ 815.835.151,00 |
| 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 | $ 119.164.849,00 | $ 0,00 | $ 815.835.151,00 |
| | 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:** | **SMSM CESAR ERNESTO ARANGO PILONIETA** |
| **NUMERO DE CEDULA:** | **79.156.612** |
| **FIRMA :** | Dr. Juan E. Maldonado C.C. 79.156.612 Anestesia - UCI Hospital Militar Central / Arango |

**NOTA 3:** Recuerde que en caso de ser contratos 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:** (e). |

**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 | | |

| 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: | AGOSTO 23 DE 2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 OSTEOSINTESIS, DISPOSITIVOS MEDICOS, SUSTITUTOS ÓSEOS Y PRÓTESIS A MEDIDA. PARA LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA, MAXILOFACIAL, CIRUGÍA PLÁSTICA | ZD000000005007 | AMY8800141854 | 19/04/2023 | 9918 | $ 5.149.172,00 |
| | ZD000000005039 | AMY8800143567 | 9/05/2023 | 9980 | $ 8.915.544,00 |
| Total del mes | | | | | $ 14.064.716,00 |
| Saldo del contrato | | | | | $ 767.264.424,00 |

| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | $14.064.716,00 |
|---|---|
| VALOR EN LETRAS : | CATORCE MILLONES SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS DIECISEIS 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 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 | $ 167.735.576,00 | $ 0,00 | $ 767.264.424,00 |
| 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 | $ 167.735.576,00 | $ 0,00 | $ 767.264.424,00 |
| | 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 | | |

| 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: | AGOSTO 23 DE 2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 | Nº 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 | | |
|---|---|---|---|
| | Dirección: Trans 23 No. 93-23 | | |
| | Telefono: 7447300 | | |
| AMAREY NOVA MEDICAL S.S | 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. | ZD000000005040 | AMY8800143688 | 11/05/2023 | 9983 | $ 40.143,00 |
| | ZD000000005038 | AMY8800143832 | 12/05/2023 | 9988 | $ 5.558.228,00 |
| | ZD000000005041 | AMY8800143687 | 11/05/2023 | 9990 | $ 3.158.582,00 |
| | ZD000000005042 | AMY8800143907 | 15/05/2023 | 9991 | $ 5.519.869,00 |
| | ZD000000005043 | AMY8800143913 | 15/05/2023 | 9992 | $ 3.382.799,00 |
| | ZD000000005044 | AMY8800144032 | 16/05/2023 | 9993 | $ 3.657.293,00 |
| Total del mes | | | | | $ 21.316.914,00 |
| Saldo del contrato | | | | | $ 745.947.510,00 |

| | |
|---|---|
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | $21.316.914,00 |
| VALOR EN LETRAS : | VEINTIUN MILLONES TRESCIENTOS DIECISEIS MIL NOVECIENTOS CATORCE 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 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 | $ 189.052.490,00 | $ 0,00 | $ 745.947.510,00 |
| 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 | $ 189.052.490,00 | $ 0,00 | $ 745.947.510,00 |
| | 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: | 79.156.642 |
| FIRMA : | |

NOTA 3: Recuerde que en caso de ser contratista de prestación de servicios profesionales o asistenciales, que no facturen, NO se requieren las firmas de enterado Jefe de Unidad y Subdirector

Anestesia - UCI
Hospital Militar Central

| | |
|---|---|
| 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 | | |

| 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: | AGOSTO 23 DE 2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 | Nº 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: | | | |
|---|---|---|---|
| AMAREY NOVA MEDICAL S.S | NIT/C.C.: 800.250.382 | | |
| | 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. | ZD000000005073 | AMY8800144131 | 19/05/2023 | 10220 | $ 3.356.627,00 |
| | ZD000000005157 | AMY8800144281 | 24/05/2023 | 10680 | $ 1.878.750,00 |
| | ZD000000005159 | AMY8800144324 | 24/05/2023 | 10686 | $ 345.369,00 |
| | ZD000000005160 | AMY8800144320 | 24/05/2023 | 10689 | $ 161.295,00 |
| | ZD000000005162 | AMY8800144334 | 24/05/2023 | 10693 | $ 206.878,00 |
| | ZD000000005163 | AMY8800144450 | 24/05/2023 | 10694 | $ 2.821.759,00 |
| | ZD000000005165 | AMY8800144469 | 24/05/2023 | 10697 | $ 7.131.464,00 |
| | ZD000000005166 | AMY8800144455 | 24/05/2023 | 10698 | $ 5.937.000,00 |
| | ZD000000005167 | AMY8800144452 | 24/05/2023 | 10699 | $ 4.533.030,00 |
| Total del mes | | | | | $ 26.372.172,00 |
| Saldo del contrato | | | | | $ 719.575.338,00 |

| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | $26.372.172,00 |
|---|---|
| VALOR EN LETRAS : | VEINTISEIS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL CIENTO SETENTA Y DOS 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 | $ 935.000.000,00 | $ 215.424.662,00 | $ 0,00 | $ 719.575.338,00 |
| 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 | $ 215.424.662,00 | $ 0,00 | $ 719.575.338,00 |
| | 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: | Dr. Juan F. Maldonado G.<br>C.C. 79.396.695<br>Anestesia - UCI |
|---|---|

| 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 | | |

| 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: | AGOSTO 23 DE 2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 | Nº 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: | |
|---|---|
| AMAREY NOVA MEDICAL S.S | NIT/C.C.: 800.250.382 |
| | Dirección: Trans 23 No. 93-23 |
| | Telefono: 7447300 |
| | Cuenta Bancaria No. 04809461899 |
| | Banco: CITIBANK |
| | Tipo de Cuenta: Ahorros: <br> 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 OSTEOSINTESIS, DISPOSITIVOS MEDICOS, SUSTITUTOS ÓSEOS Y PRÓTESIS A MEDIDA. PARA LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA MAXILOFACIAL, CIRUGÍA PLÁSTICA. | ZD000000005248 | AMY8800144768 | 25/05/2023 | 11219 | $ 2.821.759,00 |
| | ZD000000005249 | AMY8800144766 | 25/05/2023 | 11220 | $ 4.043.817,00 |
| Total del mes | | | | | $ 6.865.576,00 |
| Saldo del contrato | | | | | $ 712.709.762,00 |

| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | $6.865.576,00 |
|---|---|
| VALOR EN LETRAS : | SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SEIS 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 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 | $ 222.290.238,00 | $ 0,00 | $ 712.709.762,00 |
| 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 | $ 222.290.238,00 | $ 0,00 | $ 712.709.762,00 |
| | 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: |
|---|---|

Dr. Juan F. Maldonado G. C.C. 79.796.585 Anestesia UCI Asistencial Adultez Central

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 | | |

| 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: | AGOSTO 23 DE 2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 | Nº 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: | | | |
|---|---|---|---|
| AMAREY NOVA MEDICAL S.S | NIT/C.C.: 800.250.382 | | |
| | 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. | ZD000000005284 | AMYB800144461 | 30/05/2023 | 11434 | $ 5.488.520,00 |
| Total del mes | | | | | $ 5.488.520,00 |
| Saldo del contrato | | | | | $ 707.221.242,00 |

| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | $5.488.520,00 |
|---|---|
| VALOR EN LETRAS : | CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS VEINTE 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 | $ 935.000.000,00 | $ 227.778.758,00 | $ 0,00 | $ 707.221.242,00 |
| 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 | $ 227.778.758,00 | $ 0,00 | $ 707.221.242,00 |
| | 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 | | |

| 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: | AGOSTO 23 DE 2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 | Nº 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: | | | |
|---|---|---|---|
| AMAREY NOVA MEDICAL S.S | NIT/C.C.: 800.250.382 | | |
| | 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. | ZD000000005285 | AMY8800144889 | 30/05/2023 | 11435 | $ 5.069.003,00 |
| | ZD000000005374 | AMY8800145095 | 30/05/2023 | 11886 | $ 4.533.031,00 |
| | ZD000000005423 | AMY8800145089 | 30/05/2023 | 12071 | $ 3.356.627,00 |
| | ZD000000005424 | AMY8800145346 | 1/06/2023 | 12072 | $ 5.208.186,00 |
| Total del mes | | | | | $ 18.166.847,00 |
| Saldo del contrato | | | | | $ 689.054.395,00 |

| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | $18.166.847,00 |
|---|---|
| VALOR EN LETRAS : | DIECIOCHO MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE 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 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 | $ 245.945.605,00 | $ 0,00 | $ 689.054.395,00 |
| 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 | $ 245.945.605,00 | $ 0,00 | $ 689.054.395,00 |
| | 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: | 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: |
|---|---|

C.C. 79.398.695
Anestesia UCI
Hospital Militar Central

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 | | |

P9c

| 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: | AGOSTO 23 DE 2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 | Nº 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: | | | |
|---|---|---|---|
| AMAREY NOVA MEDICAL S.S | NIT/C.C.: 800.250.382 | | |
| | 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. | ZD0000000005681 | AMY8800147037 | 21/06/2023 | 12986 | $ 6.190.509,00 |
| | ZD0000000005682 | AMY8800147030 | 21/06/2023 | 12989 | $ 3.356.627,00 |
| | ZD0000000005683 | AMY8800147039 | 21/06/2023 | 12991 | $ 7.045.098,00 |
| | ZD0000000005684 | AMY8800146868 | 21/06/2023 | 12992 | $ 3.303.691,00 |
| | ZD0000000005777 | AMY8800147335 | 27/06/2023 | 14121 | $ 6.342.642,00 |
| | ZD0000000005778 | AMY8800147679 | 27/06/2023 | 14129 | $ 3.356.627,00 |
| | ZD0000000005885 | AMY8800147901 | 29/06/2023 | 14493 | $ 8.941.362,00 |
| | ZD0000000005886 | AMY8800148016 | 29/06/2023 | 14494 | $ 3.597.765,00 |
| Total del mes | | | | | $ 42.134.321,00 |
| Saldo del contrato | | | | | $ 613.963.868,00 |

| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | $42.134.321,00 |
|---|---|
| VALOR EN LETRAS : | CUARENTA Y DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS VEINTIUN 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 | $ 935.000.000,00 | $ 321.036.132,00 | $ 0,00 | $ 613.963.868,00 |
| 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 | $ 321.036.132,00 | $ 0,00 | $ 613.963.868,00 |
| | 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 | | PENSION | | 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: |
|---|---|

Jairo Maldonado G.
C.C. 79.495.695
Anestesiólogo
Hospital Militar Central

**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 | | |

P1 de 2

| 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: | AGOSTO 23 DE 2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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: | | | |
|---|---|---|---|
| AMAREY NOVA MEDICAL S.S | NIT/C.C.: 800.250.382 | | |
| | 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. | ZD000000005971 | AMY8800148199 | 7/07/2023 | 14839 | $ 3.632.649,00 |
| | ZD000000005973 | AMY8800148201 | 7/07/2023 | 14843 | $ 3.158.582,00 |
| | ZD000000005974 | AMY8800148314 | 7/07/2023 | 14845 | $ 4.774.169,00 |
| | ZD000000005975 | AMY8800148311 | 7/07/2023 | 14846 | $ 2.412.199,00 |
| | ZD000000005976 | AMY8800148310 | 7/07/2023 | 14847 | $ 3.356.627,00 |
| Total del mes | | | | | $ 17.334.226,00 |
| Saldo del contrato | | | | | $ 596.629.642,00 |

| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | $17.334.226,00 |
|---|---|
| VALOR EN LETRAS : | DIECISIETE MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS VEINTISEIS PESOS |

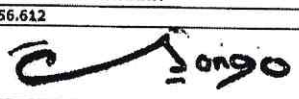
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión AAAA/MM/DD y riesgos profesionales AAAA/MM/DD Planilla N° XXXX correspondiente al mes de XXX)
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (XXXX); así mismo 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 | $ 935.000.000,00 | $ 338.370.358,00 | $ 0,00 | $ 596.629.642,00 |
| 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 | $ 338.370.358,00 | $ 0,00 | $ 596.629.642,00 |
| | VALOR TOTAL CONTRATADO | VALOR TOTAL EJECUTADO | VALOR LIBERADO | VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR |

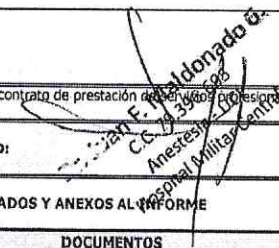
NOTA 2: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $5.000.000 se deberá anexar el siguiente cuadro,

| INFORMACIÓN GENERAL | | | SALUD | | PENSION | | 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 | | |