| 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 08 2023 |
|---|---|

| TIPO DE CONTRATO | SUMINISTRO | TIPO DE PROCESO | SELECCIÓN ABREVIADA | Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL | SA-030-2023-HOMIL |
|---|---|---|---|---|---|

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|---|---|
| 235-2023 | 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: | | 8/05/2023 |
| | | Valor inicial: | $ | 994.000.000,00 |
| | | 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 | $ | 994.000.000,00 |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF | Nº CDP (SIIF). |
| | | | 222723 | 10323 |
| | | | Fecha: | 5/04/2023 |
| | | Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | 21-44-101412072 | |
| | | Aseguradora (Si aplica): | SEGUROS DEL ESTADO S.A | |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 9/05/2023 | |
| | | Nombre del Supervisor y fecha de notificación: | SMSM JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ 09/05/2023 | |
| | | Fecha de inicio de contrato | 4/04/2023 | |
| | | Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
| | | | 9/05/2023 | 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.: 830.023.819 | | |
|---|---|---|---|
| LOGISTICA PARA DISPOSITIVOS MEDICOS S.A.S LOGYSMED | Dirección: | | |
| | Telefono: | | |
| | Cuenta Bancaria No. 402-538838-57 | | |
| | 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. | ZDE000000005955 | E84406 | 4/07/2023 | 14767 | $ 2.790.500,00 |
| | ZDE000000005956 | E84405 | 4/07/2023 | 14769 | $ 3.892.000,00 |
| | ZDE000000005993 | E84451 | 6/07/2023 | 14872 | $ 7.349.600,00 |
| | ZDE000000006188 | E84509 | 17/07/2023 | 15283 | $ 405.600,00 |
| | ZDE000000006072 | E84463 | 10/07/2023 | 15091 | $ 5.091.800,00 |
| | ZDE000000006158 | E84502 | 13/07/2023 | 15211 | $ 4.356.000,00 |
| Total del mes | | | | | $ 23.885.500,00 |
| Saldo del contrato | | | | | $ 815.277.700,00 |

| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | $23.885.500,00 |
|---|---|
| VALOR EN LETRAS : | VEINTITRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS 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 | $ 994.000.000,00 | $ 178.722.300,00 | $ 0,00 | $ 815.277.700,00 |
| 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 | $ 994.000.000,00 | $ 178.722.300,00 | $ 0,00 | $ 815.277.700,00 |
| | 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 JAVIER ERNESTO MATTA IBARRA |
|---|---|
| NUMERO DE CEDULA: | ~~10.529.295~~ |
| 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 29 2023 |
|---|---|

| TIPO DE CONTRATO | SUMINISTRO | TIPO DE PROCESO | SELECCIÓN ABREVIADA | Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL | SA-030-2023-HOMIL |
|---|---|---|---|---|---|

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|---|---|
| 235-2023 | 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: | | 8/05/2023 |
| | | Valor inicial: | $ | 994.000.000,00 |
| | | 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 | $ | 994.000.000,00 |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF | Nº CDP (SIIF). |
| | | | 222723 | 10323 |
| | | | Fecha: | 5/04/2023 |
| | | Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | 21-44-101412072 | |
| | | Aseguradora (Si aplica): | SEGUROS DEL ESTADO S.A | |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 9/05/2023 | |
| | | Nombre del Supervisor y fecha de notificación: | SMSM JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ 09/05/2023 | |
| | | Fecha de inicio de contrato | 4/04/2023 | |
| | | Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
| | | | 9/05/2023 | 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: | | | |
|---|---|---|---|
| LOGISTICA PARA DISPOSITIVOS MEDICOS S.A.S LOGYSMED | NIT/C.C.: 830.023.819 | | |
| | Dirección: | | |
| | Telefono: | | |
| | Cuenta Bancaria No. 402-538838-57 | | |
| | 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. | ZD0000000006282 | E84542 | 21/07/2023 | 15580 | $ 2.033.000,00 |
| | ZD0000000006321 | E84551 | 24/07/2023 | 15976 | $ 640.000,00 |
| | ZD0000000006328 | E84554 | 24/07/2023 | 16044 | $ 2.242.187,00 |
| | ZD0000000006344 | E84556 | 26/07/2023 | 16388 | $ 467.622,00 |
| Total del mes | | | | | $ 5.382.809,00 |
| Saldo del contrato | | | | | $ 809.894.891,00 |

| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | $5.382.809,00 |
|---|---|
| VALOR EN LETRAS : | CINCO MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS 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 | $ 994.000.000,00 | $ 184.105.109,00 | $ 0,00 | $ 809.894.891,00 |
| 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 | $ 994.000.000,00 | $ 184.105.109,00 | $ 0,00 | $ 809.894.891,00 |
| | 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 JAVIER ERNESTO MATTA IBARRA |
|---|---|
| NUMERO DE CEDULA: | 10.529.295 |
| 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: | Anestesia - UCI<br>Hospital Militar Central |
|---|---|

| FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR: | |
|---|---|

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME

| DOCUMENTOS | SI | N° FOLIOS |
|---|---|---|
| Informe de Actividades con sus soportes | | |
| Acta de supervisión y/o Factura | | |
| Pago de Seguridad Social | | |