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: 13-07-2022
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 08
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	01/09/2022				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTROS	TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTIA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	MC-202-2022-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
231-2022	SUMINISTRO DE IMPLANTES DE OSEOINTEGRACION CON SUS RESPECTIVOS TORNILLOS DE CICATRIZACION, ADITAMENTOS PROTESICOS, MATERIAL DE REGENERACION OSEA Y PANEACION VIRTUAL PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:			08/08/2022
		Valor inicial:	$		25.000.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej:2022)	$		-
		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	$		25.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF		N°CDP (SIIF).
			327622		78022
			Fecha:		12/07/2022
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	21-46-101050865		
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO		
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	17/08/2022		
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	MY MARTHA LILIANA SALAZAR HERNANDEZ		
		Fecha de inicio de contrato	18/08/2022		
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
			18/08/2022		15/12/2022
		Vigencia del Contrato: 15/06/2023			
		Prorrogas: En tiempo			
		1-			
		2-			
		3-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 900194023-6			
IMPLANTES Y CONEXIONES		Dirección: CALLE 32F #75C-86 OFICINA 401 MEDELLIN			
		Dirección:			
		Cuenta Bancaria No. 69893871695			
		Banco: BANCOLOMBIA			
		Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente
					X

FORMA DE PAGO: DENTRO DE LOS 90 DIAS CALENDARIOS

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	O8
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
SUMINISTRO DE IMPLANTES DE OSEOINTEGRACION CON SUS RESPECTIVOS TORNILLOS DE CICATRIZACION, ADITAMENTOS PROTESICOS, MATERIAL DE REGENERACION OSEA Y PANEACION VIRTUAL PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
Total del mes					**$ -**
Saldo del contrato					**$ 25.000.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$0,00**
VALOR EN LETRAS :	**PESOS M/CTE**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales correspondiente al mes de JULIO

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de el mes de (09); 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): A LA FECHA NO HAY FACTURAS PENDIENTES DE TRAMITE

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	$ 25.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 25.000.000,00
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	$ 25.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 25.000.000,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

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

INFORMACIÓN GENERAL			SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**MAYOR MARTHA LILIANA SALAZAR HERNANDEZ**
NUMERO DE CEDULA:	**52814783**
FIRMA :	My Martha Salazar

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		