

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:	27/03/2023				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTROS	TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTIA	Nº 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: 15/07/2022	
		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	31/03/2023
		Vigencia del Contrato: 31/03/2023			
		Prorrogas: En tiempo			
		31 de Marzo 2023			
		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					\$ 16.879.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$0.00
VALOR EN LETRAS :	00/100 PESOS

NOTA 1: A LA FECHA NO HAY FACTURAS PENDIENTES DE TRAMITE

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de el mes de (); 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	\$ 8.121.000,00	\$ 0,00	\$ 16.879.000,00
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	\$ 8.121.000,00	\$ 0,00	\$ 16.879.000,00
	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 :	

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		