

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:	Jun-23				
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			
144-2023	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:		31/03/2023	
		Valor inicial:		\$ 680.000.000,00	
		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		\$ 680.000.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF).
				13123	193223
				Fecha:	29/03/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		11-44-101199998	
		Aseguradora (Si aplica):		SEGUROS DEL ESTADO S.A.	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		31/03/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		SMSM JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ	
		Fecha de inicio de contrato		03/04/2023 31/03/2023	
		Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
				3/04/2023	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.: 830,025,149-8			
MEDTRONIC COLOMBIA S.A.		Dirección: Avenida Calle 116 No. 7-15 Of. 1101			
		Telefono: 3907316 - 7421967			
		Cuenta Bancaria No. 0065140012			
		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-F7-05	VERSIÓN	08
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresar	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.	ZDE000000005074	MDTC4128581548	10/05/2023	10226	\$ 8.000.000,00
Total del mes					\$ 8.000.000,00
Saldo del contrato					\$ 648.556.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$8.000.000,00
VALOR EN LETRAS :	OCHO MILLONES

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):

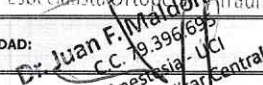
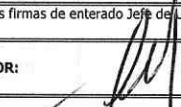
VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	\$ 680.000.000,00	\$ 23.444.000,00	\$ 0,00	\$ 656.556.000,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
VALOR TOTAL	\$ 680.000.000,00	\$ 23.444.000,00	\$ 0,00	\$ 656.556.000,00
	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:	SMSM JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ
NUMERO DE CEDULA:	79299843
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		