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

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
237-2023	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:		9/05/2023
		Valor inicial:	$	1.648.000.000,00
		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	$	1.648.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			223623	10323
			Fecha:	11/01/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	NB 100259120	
		Aseguradora (Si aplica):	COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	9/05/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	SMSM CESAR ERNESTO ARANGO PILONIETA 09/05/2023	
		Fecha de inicio de contrato	9/05/2023	
		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.: 900.124.455		
SMITH & NEPHEW	Dirección: CALLE 100 N° 7-33 TORRE 1 PISO 3		
	Telefono: 6057373		
	Cuenta Bancaria No. 17890168961		
	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.	ZD000000005030	BOFE 67836	15/05/2023	9996	$ 5.268.300,00
	ZD000000005031	BOFE 67832	15/05/2023	9997	$ 1.394.030,00
	ZD000000005032	BOFE 67837	15/05/2023	10000	$ 12.688.603,00
	ZD000000005033	BOFE 67835	15/05/2023	10002	$ 1.890.000,00
	ZD000000005034	BOFE 67841	15/05/2023	10003	$ 1.394.030,00
	ZD000000005035	BOFE 67839	15/05/2023	10004	$ 7.341.258,00
	ZD000000005051	BOFE 67842	15/05/2023	10005	$ 4.571.727,00
	ZD000000005052	BOFE 67838	15/05/2023	10006	$ 3.641.302,00
	ZD000000005036	BOFE 67840	15/05/2023	10007	$ 5.269.519,00
	ZD000000005037	BOFE 67915	16/05/2023	10008	$ 1.394.031,00
	ZD000000005091	BOFE 67916	16/05/2023	10308	$ 1.394.031,00
	ZD000000005090	BOFE 67917	16/05/2023	10312	$ 592.858,00
	ZD000000005092	BOFE 67914	16/05/2023	10317	$ 4.357.012,00
	ZD000000005093	BOFE 68134	18/05/2023	10319	$ 4.673.636,00
	ZD000000005094	BOFE 68113	18/05/2023	10322	$ 1.394.031,00
	ZD000000005095	BOFE 68137	18/05/2023	10325	$ 13.000.335,00
	ZD000000005097	BOFE 68112	18/05/2023	10333	$ 7.951.707,00
	ZD000000005101	BOFE 68094	18/05/2023	10344	$ 1.279.602,00
	ZD000000005102	BOFE 68093	18/05/2023	10345	$ 1.350.692,00
	ZD000000005104	BOFE 68141	18/05/2023	10347	$ 7.951.707,00
	ZD000000005110	BOFE 68035	17/05/2023	10365	$ 1.394.030,00
	ZD000000005111	BOFE 68231	19/05/2023	10367	$ 13.218.544,00
	ZD000000005114	BOFE 68138	18/05/2023	10378	$ 9.222.241,00
	ZD000000005116	BOFE 68219	19/05/2023	10382	$ 592.858,00
	ZD000000005118	BOFE 68227	19/05/2023	10387	$ 1.394.031,00
	ZD000000005201	BOFE 68140	18/05/2023	10961	$ 466.302,00
	ZD000000005202	BOFE 68128	18/05/2023	10962	$ 1.267.474,00
	ZD000000005203	BOFE 68217	19/05/2023	10963	$ 8.489.431,00
	ZD000000005204	BOFE 68232	19/05/2023	10964	$ 466.302,00
Total del mes					**$ 125.309.624,00**
Saldo del contrato					**$ 1.522.690.376,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$125.309.624,00**
VALOR EN LETRAS :	**CIENTO VEINTICINCO MILLONES TRESCIENTOS NUEVE MIL SEISCIENTOS VEINTICUATRO**

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
ANO 2023	$ 1.648.000.000,00	$ 125.309.624,00	$ 0,00	$ 1.522.690.376,00
ANO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
ANO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
ANO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
ANO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 1.648.000.000,00	$ 125.309.624,00	$ 0,00	$ 1.522.690.376,00
	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 :	

Dr. Juan F. Maldonado G.
Anestesia - UCI
Hospital Militar Central

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		