| Fecha: | 30/04/2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | SUMINISTROS | TIPO DE PROCESO | LICITACION PUBLICA | N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL | 001-2023 |

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 145-2023 | 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: | | | 22/03/2023 |
| | | Valor inicial: | $ | | 1.445.000.000,00 |
| | | 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 | $ | | 1.445.000.000,00 |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF | | N°CDP (SIIF). |
| | | | 191623 | | 13123 |
| | | | Fecha: | | 13/01/2023 |
| | | Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | | 14-44-101178714 | |
| | | Aseguradora (Si aplica): | | SEGUROS DEL ESTADO | |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | | 31/03/2023 | |
| | | Nombre del Supervisor y fecha de notificación: | | MY MARTHA LILIANA SALAZAR HERNANDEZ | |
| | | Fecha de inicio de contrato | | 03/04/2023 | |
| | | Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | | FECHA DE TERMINACION |
| | | | 03/04/2023 | | 15/11/2023 |
| | | Vigencia del Contrato: 15/05/2024 | | | |
| | | Prorrogas: En tiempo | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | 3- | | | |
| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: | | NIT/C.C.: 900547638 | | | |
| CONTRATISTA: W LORENZ S.A.S. | | Dirección: CALLE 98 #18-71 OFICINA 805 | | | |
| | | Dirección: | | | |
| | | Cuenta Bancaria No. :05454694645 | | | |
| | | 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 | 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. | | | | | |
| **Total del mes** | | | | | **$ -** |
| **Saldo del contrato** | | | | | **$ 1.445.000.000,00** |

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

**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 (-2023); así mismo certifico que el/la) contratista presento el

**OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): A LA FECHA NO HAY FACTURAS PENDIENTES DE TRAMITE Y SE ENCUENTRA EN PROCESO MODIFICATORIO DE RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA**

| VIGENCIA | VALOR TOTAL CONTRATO | VALOR EJECUTADO | VALOR LIBERADO O | PENDIENTE EJECUTAR |
|---|---|---|---|---|
| AÑO 2023 | $ 1.445.000.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 1.445.000.000,00 |
| 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 | $ 1.445.000.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 1.445.000.000,00 |
| | 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.**

| INFORMACION GENERAL | | | SALUD | | PENSION | | 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 | | |