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:	OCTUBRE 02 2023				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTROS	TIPO DE PROCESO	LICITACION PUBLICA	Nº 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	Nº CDP (SIIF).
			191623-249723	13123-2535
			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	3/04/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			3/04/2023	15/11/2023
		Vigencia del Contrato: 15/05/2024		
		Prorrogas: En tiempo		
		3-		

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT/C.C.: 900547638		
CONTRATISTA: W LORENZ HOLDING S.A.S.	Dirección: CALLE 98 #18-71 OFICINA 805		
	Dirección:		
	Cuenta Bancaria No: 18000005688		
	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.	ZD000000007569	F0051125	4/10/2023	22055	$ 6.543.493,00
	ZD000000007595	F0051139	4/10/2023	22105	$ 2.607.517,00
	ZD000000007636	F0051147	5/10/2023	22180	$ 8.508.645,00
	ZD000000007638	F0051148	5/10/2023	22182	$ 4.713.253,00
	ZD000000007666	F0051162	9/10/2023	22235	$ 23.201.666,00
	ZD000000007667	F0051161	9/10/2023	22236	$ 2.881.069,00
	ZD000000007716	F0051163	10/10/2023	22332	$ 4.035.036,00
	ZD000000007743	F0051193	12/10/2023	22381	$ 4.173.118,00
	ZD000000007827	F0051256	10/10/2023	22639	$ 1.852.314,00
	ZD000000007847	F0051280	20/10/2023	22726	$ 3.169.400,00
	ZD000000007848	F0051276	20/10/2023	22727	$ 1.011.693,00
	ZD000000007849	F0051278	20/10/2023	22728	$ 137.317,00
Total del mes					**$ 62.834.521,00**
Saldo del contrato					**$ 1.127.932.040,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$62.834.521,00
VALOR EN LETRAS :	SESENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTIUN PESOS

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 XXX

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	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 1.445.000.000,00	$ 317.067.960,00	$ 0,00	$ 1.127.932.040,00
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	$ 317.067.960,00	$ 0,00	$ 1.127.932.040,00
	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		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	MY 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		