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:	NOVIEMBRE 10 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).
			191623-249723	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

N/V

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.	ZD0000000007987	F0051340	26/10/2023	23893	$ 7.922.136,00
	ZD0000000007989	F0051341	27/10/2023	23896	$ 7.112.761,00
	ZD0000000008025	F0051362	31/10/2023	24120	$ 1.660.315,00
	ZD0000000008026	F0051367	31/10/2023	24121	$ 3.093.334,00
	ZD0000000008096	F0051418	2/11/2023	24285	$ 4.709.184,00
	ZD0000000008097	F0051415	2/11/2023	24286	$ 8.802.974,00
	ZD0000000008189	F0051464	9/11/2023	24633	$ 1.952.943,00
Total del mes					**$ 35.253.647,00**
Saldo del contrato					**$ 1.092.678.393,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$35.253.647,00
VALOR EN LETRAS :	TREINTA Y CINCO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE 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 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	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 1.445.000.000,00	$ 352.321.607,00	$ 0,00	$ 1.092.678.393,00
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	$ 352.321.607,00	$ 0,00	$ 1.092.678.393,00
	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:	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		