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:	30/11/2023				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTROS	TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTIA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	MC-202-2022-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
231-2022	SUMINISTRO DE IMPLANTES DE OSEOINTEGRACION CON SUS RESPECTIVOS TORNILLOS DE CICATRIZACION, ADITAMENTOS PROTESICOS, MATERIAL DE REGENERACION OSEA Y PANEACION VIRTUAL PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		08/08/2022
		Valor inicial:	$	25.000.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej:2022)	$	-
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2021)	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :	$	12.500.000,00
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	37.500.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			327622	78022
			Fecha:	15/07/2022
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	21-46-101050865	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	17/08/2022	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	MY MARTHA LILIANA SALAZAR HERNANDEZ	
		Fecha de inicio de contrato	18/08/2022	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			18/08/2022	31/03/2023
		Vigencia del Contrato: 31/03/2023		
		Prorrogas: En tiempo		
		31 de Marzo 2023		
		30 DE NOVIEMBRE 2023		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 900194023-6		
IMPLANTES Y CONEXIONES		Dirección: CALLE 32F #75C-86 OFICINA 401 MEDELLIN		
		Dirección:		
		Cuenta Bancaria No. 69893871695		
		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 IMPLANTES DE OSEOINTEGRACION CON SUS RESPECTIVOS TORNILLOS DE CICATRIZACION, ADITAMENTOS PROTESICOS, MATERIAL DE REGENERACION OSEA Y PANEACION VIRTUAL PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FE950	04/10/2023	ZD000000008092	$ 6.010.000,00
		FE973	18/10/2023	ZD000000008093	$ 2.730.000,00
		FE995	30/10/2023	ZD000000008094	$ 1.400.000,00
		FE968	11/10/2023	ZD000000008095	$ 1.400.000,00
		FE965	10/10/2023	ZD000000008117	$ 230.000,00
		FE1006	01/11/2023	ZD000000008118	$ 1.490.000,00
		FE1011	07/11/2023	ZD000000008308	$ 700.000,00
Total del mes					**$ 13.960.000,00**
Saldo del contrato					**$ 55.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$13.960.000,00
VALOR EN LETRAS :	TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA MIL 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 (OCTUBRE-2023); 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): A LA FECHA LA FACTURA ESTA PENDIENTE DE TRAMITE

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	$ 25.000.000,00	$ 25.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2023	$ 12.500.000,00	$ 12.445.000,00	$ 0,00	$ 55.000,00
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
VALOR TOTAL	$ 37.500.000,00	$ 37.445.000,00	$ 0,00	$ 55.000,00
	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		PENSIÓN		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		