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:	OCTUBRE 23 2023

TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	LICITACION PUBLICA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	LP-001-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
144-2023	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:		31/03/2023
		Valor inicial:	$	680.000.000,00
		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):	$	300.000.000,00
		1-	$	300.000.000,00
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	380.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			193223	13123
			Fecha:	29/03/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	11-44-101199998	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	31/03/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	SMSM JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ 03/04/2023	
		Fecha de inicio de contrato	31/03/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			3/04/2023	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:			
MEDTRONIC COLOMBIA S.A.	NIT/C.C.: 830,025,149-8		
	Dirección: Avenida Calle 116 No. 7-15 Of. 1101		
	Telefono: 3907316 - 7421967		
	Cuenta Bancaria No. 0065140012		
	Banco: CITIBANK		
	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.	ZD0000000007568	MDTC4128630518	2/10/2023	22054	$ 928.000,00
	ZD0000000007631	MDTC4128631622	5/10/2023	22166	$ 1.856.000,00
	ZD0000000007698	MDTC4128631655	5/10/2023	22298	$ 2.838.000,00
	ZD0000000007699	MDTC4128631919	5/10/2023	22299	$ 928.000,00
	ZD0000000007700	MDTC4128631921	5/10/2023	22300	$ 3.734.000,00
	ZD0000000007715	MDTC4128633207	10/10/2023	22331	$ 1.712.000,00
	ZD0000000007744	MDTC4128634389	12/10/2023	22391	$ 928.000,00
	ZD0000000007745	MDTC4128634390	12/10/2023	22395	$ 928.000,00
	ZD0000000007746	MDTC4128634391	12/10/2023	22396	$ 3.691.000,00
	ZD0000000007747	MDTC4128634394	12/10/2023	22397	$ 4.822.000,00
	ZD0000000007748	MDTC4128634393	12/10/2023	22398	$ 2.838.000,00
	ZD0000000007749	MDTC4128634437	13/10/2023	22399	$ 6.632.000,00
	ZD0000000007828	MDTC4128635564	18/10/2023	22640	$ 928.000,00
	ZD0000000007851	MDTC4128636862	20/10/2023	22753	$ 1.712.000,00
	ZD0000000007852	MDTC4128636858	20/10/2023	22759	$ 928.000,00
	ZD0000000007854	MDTC4128636874	20/10/2023	22764	$ 928.000,00
Total del mes					**$ 36.331.000,00**
Saldo del contrato					**$ 192.262.172,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$36.331.000,00
VALOR EN LETRAS :	TREINTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y UN MIL 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 (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 680.000.000,00	$ 187.737.828,00	$ 300.000.000,00	$ 192.262.172,00
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	$ 680.000.000,00	$ 187.737.828,00	$ 300.000.000,00	$ 192.262.172,00
	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 JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ
NUMERO DE CEDULA:	79299843
FIRMA :	

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
C. C. 79.299.843
Especialista Ortopedia y Traumatología

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		

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:	OCTUBRE 25 2023

TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	LICITACION PUBLICA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	LP-001-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
144-2023	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:		31/03/2023
		Valor inicial:	$	680.000.000,00
		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):	$	300.000.000,00
		1-	$	300.000.000,00
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	380.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			193223	13123
			Fecha:	29/03/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		11-44-101199998
		Aseguradora (Si aplica):		SEGUROS DEL ESTADO S.A.
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		31/03/2023
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		SMSM JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ 03/04/2023
		Fecha de inicio de contrato		31/03/2023
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			3/04/2023	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.: 830,025,149-8		
MEDTRONIC COLOMBIA S.A.		Dirección: Avenida Calle 116 No. 7-15 Of. 1101		
		Telefono: 3907316 - 7421967		
		Cuenta Bancaria No. 0065140012		
		Banco: CITIBANK		
		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.	ZD000000007962	MDTC4128639059	26/10/2023	23859	$ 1.900.000,00
	ZD000000007963	MDTC4128637765	23/10/2023	23860	$ 5.676.000,00
	ZD000000007964	MDTC4128638229	24/10/2023	23861	$ 928.000,00
	ZD000000007966	MDTC4128638364	24/10/2023	23863	$ 1.900.000,00
Total del mes					$ 10.404.000,00
Saldo del contrato					$ 181.858.172,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$10.404.000,00
VALOR EN LETRAS :	DIEZ MILLONES CUATROCIENTOS CUATRO MIL 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 (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 680.000.000,00	$ 198.141.828,00	$ 300.000.000,00	$ 181.858.172,00
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	$ 680.000.000,00	$ 198.141.828,00	$ 300.000.000,00	$ 181.858.172,00
	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:	SMSM JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ
NUMERO DE CEDULA:	79299843
FIRMA :	

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		