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:	SEPTIEMBRE 28 DE 2023				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	SELECCIÓN ABREVIADA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SA-069-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
321-2023	OBJETO: SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, DISPOSITIVOS MEDICOS PARA LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (ORTOPEDIA PEDIATRICA) DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	Fecha de suscripción:		11/07/2023
		Valor inicial:	$	170.000.000,00
		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):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	170.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			274123	13123
			Fecha:	13/07/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	565-47-994000002800	
		Aseguradora (Si aplica):	Aseguradora Solidaria de Colombia	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	13/07/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	SMSM WILSON QUINTERO 03/04/2023	
		Fecha de inicio de contrato	18/07/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			13/07/2023	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.: 811.041.784-3		
	Dirección: CR 17 88 27 OF 402		
	Telefono: 2576097		
SUPLEMEDICOS S.A.S.	Cuenta Bancaria No. 01416852115		
	Banco: BANCOLOMBIA		
	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 $
OBJETO: SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, DISPOSITIVOS MEDICOS PARA LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (ORTOPEDIA PEDIATRICA) DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	ZD000000006581	02037553	9/08/2023	17248	$ 2.521.983,00
	ZD000000006582	02037622	9/08/2023	17249	$ 1.403.821,00
	ZD000000006583	02037642	9/08/2023	17250	$ 9.756.163,00
	ZD000000006584	02037644	9/08/2023	17251	$ 9.973.332,00
	ZD000000006585	02037643	9/08/2023	17252	$ 2.046.931,00
	ZD000000006586	02037645	9/08/2023	17253	$ 12.671.212,00
	ZD000000006744	02037692	17/08/2023	17835	$ 10.512.676,00
	ZD000000006745	02037691	17/08/2023	17836	$ 11.827.132,00
	ZD000000006840	02037779	23/08/2023	18308	$ 16.379.400,00
	ZD000000006841	02037781	23/08/2023	18314	$ 2.521.983,00
	ZD000000006856	02037778	23/08/2023	18369	$ 778.614,00
	ZD000000006980	02037780	30/08/2023	19371	$ 1.855.244,00
Total del mes					$ 82.248.491,00
Saldo del contrato					$ 76.674.923,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$82.248.491,00
VALOR EN LETRAS :	OCHENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN 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	$ 170.000.000,00	$ 93.325.077,00	$ 0,00	$ 76.674.923,00
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	$ 170.000.000,00	$ 93.325.077,00	$ 0,00	$ 76.674.923,00
	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:	SMSM WILSON ALBERTO QUINTERO PIMENTEL
NUMERO DE CEDULA:	80088506
FIRMA :	Wilson A Quintero P

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:	SEPTIEMBRE 28 DE 2023				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	SELECCIÓN ABREVIADA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SA-069-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
321-2023	OBJETO: SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, DISPOSITIVOS MEDICOS PARA LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (ORTOPEDIA PEDIATRICA) DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	Fecha de suscripción:		11/07/2023
		Valor inicial:	$	170.000.000,00
		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):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	170.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			274123	13123
			Fecha:	13/07/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		565-47-994000002800
		Aseguradora (Si aplica):		Aseguradora Solidaria de Colombia
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		13/07/2023
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		SMSM WILSON QUINTERO 03/04/2023
		Fecha de inicio de contrato		18/07/2023
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			13/07/2023	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:			
SUPLEMEDICOS S.A.S.	NIT/C.C.: 811.041.784-3		
	Dirección: CR 17 88 27 OF 402		
	Telefono: 2576097		
	Cuenta Bancaria No. 0141685211S		
	Banco: BANCOLOMBIA		
	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 $
OBJETO: SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, DISPOSITIVOS MEDICOS PARA LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (ORTOPEDIA PEDIATRICA) DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	ZD0000000007072	02037872	6/09/2023	19645	$ 34.522.932,00
	ZD0000000007205	02037641	12/09/2023	19889	$ 2.054.034,00
	ZD0000000007206	02037952	12/09/2023	19890	$ 2.190.214,00
Total del mes					$ 38.767.180,00
Saldo del contrato					$ 37.907.743,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$38.767.180,00
VALOR EN LETRAS :	TREINTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL CIENTO OCHENTA 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	$ 170.000.000,00	$ 132.092.257,00	$ 0,00	$ 37.907.743,00
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	$ 170.000.000,00	$ 132.092.257,00	$ 0,00	$ 37.907.743,00
	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 WILSON ALBERTO QUINTERO PIMENTEL
NUMERO DE CEDULA:	80088506
FIRMA :	Wilson A Quintero P

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:	SEPTIEMBRE 28 DE 2023				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	SELECCIÓN ABREVIADA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SA-069-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
321-2023	OBJETO: SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, DISPOSITIVOS MEDICOS PARA LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (ORTOPEDIA PEDIATRICA) DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	Fecha de suscripción:		11/07/2023
		Valor inicial:	$	170.000.000,00
		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):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	170.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			274123	13123
			Fecha:	13/07/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	565-47-994000002800	
		Aseguradora (Si aplica):	Aseguradora Solidaria de Colombia	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	13/07/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	SMSM WILSON QUINTERO 03/04/2023	
		Fecha de inicio de contrato	18/07/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			13/07/2023	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:			
SUPLEMEDICOS S.A.S.	NIT/C.C.: 811.041.784-3		
	Dirección: CR 17 88 27 OF 402		
	Telefono: 2576097		
	Cuenta Bancaria No. 01416852115		
	Banco: BANCOLOMBIA		
	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			X

FORMA DE PAGO: PAGOS PARCIALES

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 $
OBJETO: SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, DISPOSITIVOS MEDICOS PARA LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (ORTOPEDIA PEDIATRICA) DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	ZD000000007338	02038009	20/09/2023	20424	$ 14.119.430,00
	ZD000000007340	02038010	20/09/2023	20427	$ 1.719.428,00
	ZD000000007425	02038071	26/09/2023	21203	$ 1.719.428,00
Total del mes					$ 17.558.286,00
Saldo del contrato					$ 20.349.457,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$17.558.286,00
VALOR EN LETRAS :	DIECISIETE MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS 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	$ 170.000.000,00	$ 149.650.543,00	$ 0,00	$ 20.349.457,00
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	$ 170.000.000,00	$ 149.650.543,00	$ 0,00	$ 20.349.457,00
	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 WILSON ALBERTO QUINTERO PIMENTEL
NUMERO DE CEDULA:	80088506
FIRMA :	Wilson A Quintero P

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		