HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
Grupo Social y Empresarial de la Defensa	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:	JUNIO -30 -2024				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	LICITACION PUBLICA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	LP-024-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
492-2023	SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS E INSUMOS QUIRURGICOS CON APOYO TECNOLOGICO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL", VIGENCIAS FUTURAS 2023 - 2026	Fecha de suscripción:			26/12/2023
		Valor inicial:		$	117.525.055,00
		VIGENCIA AÑO 2023		$	200.000,00
		VIGENCIA AÑO 2024	93524	$	43.737.600,00
		VIGENCIA AÑO 2025		$	45.968.217,60
		VIGENCIA AÑO 2026		$	27.616.237,40
		VIGENCIA AÑO			
		Adiciones (Si aplica) :			
		1-		$	-
		2-		$	-
		3-		$	-
		4-		$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):		$	-
		1-		$	-
		2-		$	-
		3-		$	-
		4-		$	-
		Valor Total Contrato		$	117.522.055,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).	
			486123	144123	
			Fecha:	28/12/2023	
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		11-46-101041865	
		Aseguradora (Si aplica):		ESTADOS DEL SEGURO	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		29/12/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		Carlos Gregorio Torres Restrepo	
		Fecha de inicio de contrato		03/01/2024	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
			03/01/2024	31/07/2026	
		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.: 830025149			
MEDTRONIC COLOMBIA S.A.		Dirección: Calle 116# 7 -15 TORRE 11			
		Telefono: 3907316 - 7421967			
		Cuenta Bancaria No. 0065140012			
		Banco: CITIBANK COLOMBIA			
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	
				X	

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					
Total del mes					**$ -**
Saldo del contrato					**$ 109.999.055,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$0,00**
VALOR EN LETRAS :	**CERO PESOS M/CTE**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión – correspondiente al mes de **ABRIL 2024** ; 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	$ 200.000,00	$ 200.000,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2024	$ 43.737.600,00	$ 7.323.000,00	$ 0,00	$ 36.414.600,00
AÑO 2025	$ 45.968.217,60	$ 0,00	$ 0,00	$ 45.968.217,60
AÑO 2026	$ 27.616.237,40	$ 0,00	$ 0,00	$ 27.616.237,40
VALOR TOTAL	$ 117.522.055,00	$ 7.523.000,00	$ 0,00	$ 109.999.055,00
	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:	**Carlos Gregorio Torres Restrepo**
NUMERO DE CEDULA:	**1.020.771.175**
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 enter

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		