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:	ENERO 31-2024				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	SELECCIÓN ABREVIADA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	LP-024-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
488-2023	SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS E INSUMOS QUIRURGICOS CON APOYO TECNOLOGICO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LOTE 11	Fecha de suscripción:		25/12/2023
		Valor inicial:	$	910.819.176,25
		VIGENCIA AÑO 2023	$	1.550.000,00
		VIGENCIA AÑO 2024 SIIF 91124	$	338.966.400,00
		VIGENCIA AÑO 2025	$	356.253.686,40
		VIGENCIA AÑO 2026	$	214.049.089,85
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :		
		1-		
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	910.819.176,25
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			484523	144123
			Fecha:	28/12/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	565-47-994000003197	
		Aseguradora (Si aplica):	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	29/12/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	SMSM JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ	
		Fecha de inicio de contrato	4/01/2024	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			4/01/2024	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.: 811.041.784-3		
SUPLEMEDICOS S.A.S.	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

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS E INSUMOS QUIRURGICOS CON APOYO TECNOLOGICO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LOTE 11	Z0000000009402	2039256	31/01/2024	1625	$ 12.208.525,00
	Z0000000009403	2039255	31/01/2024	1626	$ 1.432.858,00
	Z0000000009404	2039254	31/01/2024	1627	$ 4.773.056,00
Total del mes					$ 18.414.439,00
Saldo del contrato					$ 892.404.737,25

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$18.414.439,00
VALOR EN LETRAS :	Dieciocho millones cuatrocientos catorce mil cuatrocientos treinta y nueve 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	$ 1.550.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 1.550.000,00
AÑO 2024	$ 338.966.400,00	$ 18.414.439,00	$ 0,00	$ 320.551.961,00
AÑO 2025	$ 356.253.686,40	$ 0,00	$ 0,00	$ 356.253.686,40
AÑO 2026	$ 214.049.089,85	$ 0,00	$ 0,00	$ 214.049.089,85
VALOR TOTAL	$ 910.819.176,25	$ 18.414.439,00	$ 0,00	$ 892.404.737,25
	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:	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		