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:	MARZO 05 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		
489-2023	SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS E INSUMOS QUIRURGICOS CON APOYO TECNOLOGICO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LOTE 12, 31, 41 y 46.	Fecha de suscripción:		25/12/2023
		Valor inicial:	$	2.626.684.979,25
		VIGENCIA AÑO 2023	$	4.470.000,00
		VIGENCIA AÑO 2024 SIIF 88024	$	977.535.360,00
		VIGENCIA AÑO 2025	$	1.027.389.663,36
		VIGENCIA AÑO 2026	$	617.289.955,89
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :		
		1-		
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	2.626.684.979,25
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	NºCDP (SIIF).
			486623	144123
			Fecha:	29/12/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	18-44-101095032	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO SA	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	29/12/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	Javier Ernesto Matta Ibarra	
		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.: 890101815		
JOHNSON Y JOHNSON DE COLOMBIA SA	Dirección: CALLE26#69-76		
	Telefono: 9271200		
	Cuenta Bancaria No. 82503156781		
	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 $
SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS E INSUMOS QUIRURGICOS CON APOYO TECNOLOGICO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LOTE 12, 31, 41 y 46.	ZE000000009800	BOG115896	26/02/2024	3371	$ 1.991.098,00
	ZE000000009801	BOG115895	26/02/2024	3372	$ 3.799.090,00
	ZE000000009802	BOG115899	26/02/2024	3373	$ 2.501.145,00
	ZE000000009803	BOG115897	26/02/2024	3374	$ 7.742.232,00
	ZE000000009804	BOG115898	26/02/2024	3375	$ 1.991.098,00
	ZE000000009879	BOG115900	28/02/2024	3601	$ 1.362.895,00
	ZE000000009927	BOG115905	29/02/2024	3767	$ 2.708.903,00
Total del mes					**$ 22.096.461,00**
Saldo del contrato					**$ 2.554.384.615,25**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$22.096.461,00**
VALOR EN LETRAS :	**veintidós millones noventa y seis mil cuatrocientos sesenta y uno 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	$ 4.470.000,00	$ 4.470.000,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2024	$ 977.535.360,00	$ 67.830.364,00	$ 0,00	$ 909.704.996,00
AÑO 2025	$ 1.027.389.663,36	$ 0,00	$ 0,00	$ 1.027.389.663,36
AÑO 2026	$ 617.289.955,89	$ 0,00	$ 0,00	$ 617.289.955,89
VALOR TOTAL	$ 2.626.684.979,25	$ 72.300.364,00	$ 0,00	$ 2.554.384.615,25
	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.

INFORMACIÓN GENERAL			SALUD		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**Javier Ernesto Matta Ibarra**
NUMERO DE CEDULA:	**CC :10529924**
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		