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 31 DE 2024				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	SELECCIÓN ABREVIADA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	LP-024-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
494-2023	SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS E INSUMOS QUIRURGICOS CON APOYO TECNOLOGICO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL" DE LAS VIGENCIAS FUTURAS 2023-2026 LOTE 42	Fecha de suscripción:		25/12/2023
		Valor inicial:	$	470.100.220,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$	800.000,00
		VIGENCIA AÑO 2024 SIIF 90424	$	174.950.400,00
		VIGENCIA AÑO 2025	$	183.872.870,40
		VIGENCIA AÑO 2026	$	110.476.949,60
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :		
		1-		
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	470.100.220,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			484823	144123
			Fecha:	28/12/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		C-100068749
		Aseguradora (Si aplica):		SEGUROS MUNDIAL
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		29/12/2023
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ
		Fecha de inicio de contrato		29/12/2023
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			29/12/2023	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:			
ARTHROMEDS S.A	NIT/C.C.: 900131246		
	Dirección: CL19N 2N 29		
	Telefono: 6023747195		
	Cuenta Bancaria No. 016087272		
	Banco: BANCO DE OCCIDENTE		
	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	ZE000000009936	ARTH3591	29/02/2024	3776	$ 9.775.000,00
Total del mes					**$ 9.775.000,00**
Saldo del contrato					**$ 377.816.220,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$9.775.000,00**
VALOR EN LETRAS :	**nueve millones setecientos setenta y cinco 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	$ 800.000,00	$ 800.000,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2024	$ 174.950.400,00	$ 91.484.000,00	$ 0,00	$ 83.466.400,00
AÑO 2025	$ 183.872.870,40	$ 0,00	$ 0,00	$ 183.872.870,40
AÑO 2026	$ 110.476.949,60	$ 0,00	$ 0,00	$ 110.476.949,60
VALOR TOTAL	$ 470.100.220,00	$ 92.284.000,00	$ 0,00	$ 377.816.220,00
	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:	**JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ**
NUMERO DE CEDULA:	**CC .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 Subdirecto

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		