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:	NOVIEMBRE 3 DE 2023				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTIA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	MC-229-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
387-2023	SUMINISTRO DE ALOINJERTOS, BANCO DE HUESO PARA EL ÁREA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		19/10/2023
		Valor inicial:	$	52.200.000,00
		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	$	52.200.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			135223	3365
			Fecha:	29/09/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		21-44-101428331
		Aseguradora (Si aplica):		SEGUROS DEL ESTADO
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		27/10/2023
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		SMSM JOSE IGNACIO SANCHEZ URBINA
		Fecha de inicio de contrato		30/10/2023
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			30/10/2023	31/12/2023
		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.: 800.053.550-9		
FUNDACION COSME Y DAMIAN	Dirección: CARRERA 13 Nº 26-45 OFC 1302		
	Telefono: 6298086		
	Cuenta Bancaria No. 01800304-6		
	Banco: ITAU		
	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 ALOINJERTOS, BANCO DE HUESO PARA EL ÁREA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	ZD000000007522	148043	13/09/2023	1803	$ 4.900.000,00
Total del mes					**$ 4.900.000,00**
Saldo del contrato					**$ 47.300.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$4.900.000,00**
VALOR EN LETRAS :	**CUATRO MILLONES NOVECIENTOS MIL**

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	$ 52.200.000,00	$ 4.900.000,00	$ 0,00	$ 47.300.000,00
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	$ 52.200.000,00	$ 4.900.000,00	$ 0,00	$ 47.300.000,00
	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 JOSE IGNACIO SANCHEZ URBINA**
NUMERO DE CEDULA:	**13275702**
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		