. 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

Fe...	OCTUBRE 02 DE 2023				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	SELECCIÓN ABREVIADA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SA-030-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
237-2023	SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, DISPOSITIVOS MEDICOS, SUSTITUTOS ÓSEOS Y PRÓTESIS A MEDIDA. PARA LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA, MAXILOFACIAL, CIRUGÍA PLÁSTICA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, NEUROCIRUGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	Fecha de suscripción:		9/05/2023
		Valor inicial:	$	1.648.000.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej:2023)	$	-
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2021)	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :	$	824.000.000,00
		1-	$	824.000.000,00
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	2.472.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			223623	10323
			Fecha:	11/01/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	NB 100259120	
		Aseguradora (Si aplica):	COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	9/05/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	SMSM CESAR ERNESTO ARANGO PILONIETA 09/05/2023	
		Fecha de inicio de contrato	9/05/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			9/05/2023	15/11/2023
		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:			
SMITH & NEPHEW	NIT/C.C.: 900.124.455		
	Dirección: CALLE 100 Nº 7-33 TORRE 1 PISO 3		
	Telefono: 6057373		
	Cuenta Bancaria No. 17830168961		
	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 OSTEOSÍNTESIS, DISPOSITIVOS MEDICOS, SUSTITUTOS ÓSEOS Y PRÓTESIS A MEDIDA. PARA LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA, MAXILOFACIAL, CIRUGÍA PLÁSTICA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, NEUROCIRUGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	ZD000000007294	BOFE76161	20/09/2023	20242	$ 1.394.031,00
	ZD000000007295	BOFE76163	20/09/2023	20243	$ 7.756.214,00
	ZD000000007296	BOFE76162	20/09/2023	20244	$ 3.701.211,00
	ZD000000007297	BOFE76245	20/09/2023	20245	$ 10.644.012,00
	ZD000000007298	BOFE76241	20/09/2023	20246	$ 1.394.031,00
	ZD000000007344	BOFE76243	19/09/2023	20536	$ 9.143.789,00
	ZD000000007365	BOFE76427	21/09/2023	20654	$ 9.441.735,00
	ZD000000007366	BOFE76425	21/09/2023	20655	$ 801.173,00
	ZD000000007368	BOFE76423	21/09/2023	20657	$ 16.420.975,00
	ZD000000007380	BOFE76424	21/09/2023	20677	$ 1.394.031,00
	ZD000000007416	BOFE76576	25/09/2023	20953	$ 1.350.692,00
	ZD000000007417	BOFE76571	25/09/2023	20954	$ 630.000,00
	ZD000000007418	BOFE76583	25/09/2023	20955	$ 2.051.988,00
	ZD000000007419	BOFE76593	25/09/2023	20956	$ 1.394.031,00
	ZD000000007420	BOFE76595	25/09/2023	20957	$ 2.051.988,00
	ZD000000007421	BOFE76589	25/09/2023	20958	$ 4.849.422,00
	ZD000000007437	BOFE76652	26/09/2023	21254	$ 1.394.031,00
	ZD000000007438	BOFE76656	26/09/2023	21256	$ 9.420.138,00
	ZD000000007439	BOFE76649	26/09/2023	21260	$ 4.191.465,00
	ZD000000007440	BOFE76654	26/09/2023	21261	$ 4.772.181,00
	ZD000000007443	BOFE76657	26/09/2023	21266	$ 1.394.031,00
	ZD000000007456	BOFE76711	26/09/2023	21583	$ 2.051.988,00
	ZD000000007458	BOFE76716	27/09/2023	21600	$ 1.394.031,00
	ZD000000007460	BOFE76717	27/09/2023	21602	$ 592.858,00
	ZD000000007462	BOFE76715	27/09/2023	21604	$ 4.680.597,00
	ZD000000007463	BOFE76714	27/09/2023	21605	$ 3.221.404,00
	ZD000000007499	BOFE76770	28/09/2023	21721	$ 7.894.659,00
	ZD000000007500	BOFE76771	28/09/2023	21722	$ 1.394.031,00
	ZD000000007517	BOFE76798	29/09/2023	21777	$ 7.165.041,00
	ZD000000007518	BOFE76799	29/09/2023	21779	$ 3.845.826,00
	ZD000000007531	BOFE76769	30/09/2023	21901	$ 801.173,00
Total del mes					**$ 128.632.777,00**
Saldo del contrato					**$ 699.760.370,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$128.632.777,00**
VALOR EN LETRAS :	**CIENTO VEINTIOCHO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS SETENTA Y SIETE 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	$ 2.472.000.000,00	$ 1.772.239.630,00	$ 0,00	$ 699.760.370,00
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	$ 2.472.000.000,00	$ 1.772.239.630,00	$ 0,00	$ 699.760.370,00
	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.

INFORMACION GENERAL			SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**SMSM CESAR ERNESTO ARANGO PILONIETA**
NUMERO DE CEDULA:	**80.088.506**
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	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		