HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	28/06/2023	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE**	
No. de Contrato:	482-2023			**VALOR**	$ 6.187.694.145,75		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-024-2023-HOMIL						
Objeto	**SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS E INSUMOS QUIRURGICOS CON APOYO TECNOLOGICO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL" DE LAS VIGENCIAS FUTURAS 2023-2026 (LOTES 2 TRAUMA ESPECIAL-29 PROTESIS CADERA-45 MAXILOFACIAL-48 MAXILOFACIAL**						
Nombre de Contratista	AMAREY NOVA MEDICAL S.S			**NIT/ CC**	800.250.382		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			**Modalidad de Contratación**	SELECCIÓN ABREVIADA		
Cuenta Bancaria No.	04809461899	**Banco:**	BANCOLOMBIA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente** X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	18-44-101095005	**Asegurador a (Si aplica):**	SEGUROS DEL ESTADO S.A	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	23/12/2023		

VIGENCIA	**INFORMACIÓN PRESUPUESTAL**						**No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO**	**FECHA FACTURA**	**ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO**	**ALMACEN AL QUE INGRESA**	**VALOR OBLIGACIÓN**
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	**FECHA**	**DINAMICA No.**	**FECHA**	**Registro Presupuestal (RP) No.**	**FECHA CRP**					
AÑO 2023	**144123**	**28/12/2023**			**486223**	**29/12/2023**	AFE16136	4/06/2024	11166	FTS	$ 2.925.423,00
AÑO 2024	**89324**	**9/01/2024**			**89324**	**9/01/2024**	AFE16365	5/06/2024	11575	FTS	$ 7.446.344,00
							AFE16162	4/06/2024	11831	FTS	$ 1.380.756,00
							AFE16798	12/06/2024	12253	FTS	$ 3.478.160,00
							AFE16529	7/06/2024	12383	FTS	$ 6.903.860,00
							AFE17069	14/06/2024	12417	FTS	$ 4.059.580,00
							AFE16800	12/06/2024	12544	FTS	$ 8.249.914,00
							AFE17338	18/06/2024	12632	FTS	$ 3.786.920,00
							AFE17579	20/06/2024	12875	FTS	$ 2.907.276,00
							AFE17614	20/06/2024	13096	FTS	$ 4.998.380,00
							AFE17733	21/06/2024	13113	FTS	$ 452.610,00
							AFE17736	21/06/2024	13136	FTS	$ 5.188.840,00
							AFE17849	24/06/2024	13237	FTS	$ 9.039.360,00
							AFE17850	24/06/2024	13238	FTS	$ 5.650.670,00
							AFE17847	24/06/2024	13438	FTS	$ 5.023.650,00
							AFE17846	24/06/2024	13440	FTS	$ 5.468.770,00
							AFE18240	27/06/2024	13940	FTS	$ 6.794.629,00
							AFE18252	27/06/2024	13941	FTS	$ 5.479.470,00
							AFE18241	27/06/2024	13970	FTS	$ 883.820,00
AÑO 2025	**35223**	**18/04/2024**			**116523**	**18/04/2024**					
AÑO 2026	**35223**	**18/04/2024**			**116523**	**18/04/2024**					

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	**$ 90.118.432,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Noventa millones ciento dieciocho mil cuatrocientos treinta y dos Pesos.

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VR EJECUTADO**	**SALDO CONTRATO (A+B-C-D)**
VIGENCIA AÑO (Ej:**2023**)	**$ 10.530.000,00**			$ 5.000.000,00	$ 5.530.000,00
VIGENCIA AÑO (Ej:**2024**)	**$ 2.302.784.640,00**			$ 594.313.114,00	$ 1.708.471.526,00
VIGENCIA AÑO (Ej:**2025**)	**$ 2.420.226.656,64**				$ 2.420.226.656,64
VIGENCIA AÑO (Ej:**2026**)	**$ 1.454.152.849,11**				$ 1.454.152.849,11
TOTAL CONTRATO	**$ 6.187.694.145,75**			**$ 599.313.114,00**	**$ 5.588.381.031,75**

Nombre del Supervisor SMSM RICARDO SILVA RUEDA	**Fecha de notificación:** 25/12/2023

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	3/01/2024	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-	

IOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales **MAYO** correspondiente al mes de **MAYO 2024**
n mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de **(MAYO)**; así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la elación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

IOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.

OTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NUMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA AL	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

OTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL

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

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN 10
		Página:	2 DE 2

OMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SMSM RICARDO SILVA RUEDA

JMERO DE CEDULA: CC 80088506

LULAR : **CORREO:** rsilva@homil.gov.co

CUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura	x	
Pago de Seguridad Social		