HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	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:	12 de agosto de 2024	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**JULIO**

No. de Contrato:	**372-2023**	**VALOR**	**40.083.474.491,00**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-0102023-HOMIL		
Objeto	"SUMINISTRO DE MATERIALES Y COMPONENTES PARA LA ELABORACIÓN Y ADAPTACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS SOBRE MEDIDA TIPO PRÓTESIS EXTERNA PARA EXTREMIDADES Y ORTESIS ORTOPÉDICA; LIGADO AL SOPORTE TÉCNICO Y ASESORÍA PARA USO, ADAPTACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS ELEMENTOS PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DESCENTRALIZADA DEL PACIENTE AMPUTADO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS 2023-2026"		
Nombre de Contratista	OTTO BOCK HEALTH CAREANDINA SAS	**NIT/ CC**	830109997-9
Clase de Contrato	SUMINISTRO	**Modalidad de Contratación**	LICITACION PUBLICA

Cuenta Bancaria No.	**17212432982**	**Banco:**	**BANCOLOMBIA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**18-44-101093429**	**Aseguradora (Si aplica):**	**SEGUROS DEL ESTADO**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**		**1/11/2023**			

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					
VIGENCIA AÑO 2024	120823	18/10/2023			330923	18/10/2023	FVE991100514	24/07/2024	ZE12871	FTS	130.411.009,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**130.411.009,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SETECIENTOS VEINTITRES MILLONES NOVECIENTOS OCHO MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2023	400.000.000,00	-	-	400.000.000,00	-
VIGENCIA AÑO 2024	14.793.600.000,00	-	-	8.705.863.695,00	6.087.736.305,00
VIGENCIA AÑO 2025	15.548.073.600,00	-	-		15.548.073.600,00
VIGENCIA AÑO 2026	9.341.800.891,00	-	-		9.341.800.891,00
TOTAL CONTRATO	**$ 40.083.474.491,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 9.105.863.695,00**	**$ 30.977.610.796,00**

Nombre del Supervisor	**JUAN PABLO BORRERO GONZALEZ**	**Fecha de notificación:**	**2-NOVIEMBRE -2024**
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**		**FECHA DE TERMINACION**
	2 de noviembre de 2023		**31 DE JULIO DE 2026**
Vigencia del Contrato:	3 AÑOS		
Prorrogas:	**En tiempo**		
	1-		
	2-		
	3-		

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión **2024/JULIO/17** y riesgos profesionales **2024/JULIO/17** Planilla N° **78624899** correspondiente al mes de **JUNIO** en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de **JULIO**; 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 dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION.

NOTA 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.

NOTA 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	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia s almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

NOTA 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

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

BSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

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

OMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: JUAN PABLO BORRERO



ÚMERO DE CEDULA:	79299843
ELULAR : 3107851526	CORREO: jborrero@homil.gov.co

OCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura	X	6
Pago de Seguridad Social	X	1

Recibido: Fabian Ramirez Patiño
Hora: 12:25 pm
Fecha: 12/08/2024