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:	02/08/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	**X**	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	JULIO 2024
No. de Contrato:	384-2023			**VALOR**	$ 1.801.600.000		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-016-2023-HOMIL						
Objeto	SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2024-2026 (LOTE N°3 , LOTE N°6 y LOTE N°11)						
Nombre de Contratista	MEDIHUMANA COLOMBIA S.A.			**NIT/ CC**	NIT 830.055.758-1		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			**Modalidad de Contratación**	LICITACION PUBLICA		

Cuenta Bancaria No.	011360773 CÓDIGO 14	**Banco:**	BANCO ITAU	**Tipo de Cuenta :**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	875-47-994000011291-1	**Aseguradora (Si aplica):**	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**15/11/2023**				

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	14024	05/01/2024			14024	05/01/2024	MH82417	26/07/2024	ZE000000012877	FTS	$ 48.498.871,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 48.498.871,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Cuarenta y ocho millones cuatrocientos noventa y ocho mil ochocientos setenta y un pesos mcte

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2023	5.600.000			$ 5.600.000,00	$ -
VIGENCIA AÑO 2024	642.000.000			$ 201.780.091,00	$ 440.219.909,00
VIGENCIA AÑO 2025	670.000.000				$ 670.000.000,00
VIGENCIA AÑO 2026	484.000.000				$ 484.000.000,00
TOTAL CONTRATO	**$ 1.801.600.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 207.380.091,00**	**$ 1.594.219.909,00**

Nombre del Supervisor : RICARDO SILVA RUEDA		**Fecha de notificación: 23/11/2023**
Plazo de ejecución: 31/07/2026	**FECHA DE INICIO: 24/11/2024**	**FECHA DE TERMINACION: 31/07/2026**
Vigencia del Contrato:	LA VIGENCIA DEL CONTRATO SERA IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION Y SEIS (6) MESES MAS	

Prorrogas:	**En tiempo**
	1-
	2-
	3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión CERTFICACION DE FECHA 12 JULIO 2024
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 2024; 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 ALMACE	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado/	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

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

NOTA 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**	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: RICARDO SILVA RUEDA	
NÚMERO DE CEDULA:	**80.408.996**
CELULAR : 3153350782	**CORREO: rsilva@homil.gov.co**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	2
Pago de Seguridad Social	X	1