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:	04/10/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**SEPTIEMBRE 2024**

No. de Contrato:	471-2023	**VALOR**	$ 60.500.000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-098-2023-HOMIL		
Objeto	"SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2023-2026 – LOTE N°2 - IMPLANTE DE TIROPLASTIA FEMENINO O MASCULINO (PROTESIS INYECTABLE 1.5 CC"		
Nombre de Contratista	ARTIUM S.A.S	**NIT/ CC**	NIT 900.607.032-7
Clase de Contrato	SUMINISTRO	**Modalidad de Contratación**	SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTIA

Cuenta Bancaria No.	769-965197-88	**Banco:**	BANCOLOMBIA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	No. NB-100300865	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS MUNDIAL	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**22/12/2023**				

	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL										
VIGENCIA	**Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.**	**FECHA**	**DINAMICA No.**	**FECHA**	**Registro Presupuestal (RP) No.**	**FECHA CRP**	**No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO**	**FECHA FACTURA**	**ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO**	**ALMACEN AL QUE INGRESA**	**VALOR OBLIGACIÓN**
VIGENCIA AÑO 2024	92524	09/01/2024			92524						
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 0,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VR. EJECUTADO (D)**	**SALDO CONTRATO (A+B-C-D)**
VIGENCIA AÑO 2023	500.000			$ 500.000,00	-
VIGENCIA AÑO 2024	20.000.000			$ 17.500.000,00	2.500.000
VIGENCIA AÑO 2025	20.000.000				20.000.000
VIGENCIA AÑO 2026	20.000.000				20.000.000
TOTAL CONTRATO	**$ 60.500.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 18.000.000,00**	**$ 42.500.000,00**

Nombre del Supervisor RICARDO SILVA RUEDA	**Fecha de notificación: 27/12/2023**

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	27/12/2023	**31/07/2026**
Vigencia del Contrato:	LA VIGENCIA DEL CONTRATO SERA IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION Y SEIS MESES MAS	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión :
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social ; 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	NUMERO DE ENTRADA AL ALMACE	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado/ existen	CANTIDAD	NUMERO DE REPORTE DE INSTALAC	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		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		