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:	1/10/2024	INFORME DE SUPERVISOR	x	TRAMITE PARA PAGO	x	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	SEPTIEMBRE
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 2024	89324	9/01/2024			89324	9/01/2024	AFE23550	2/09/2024	19675	ZE000000013536	$ 4.847.100,00
							AFE23573	2/09/2024	19676	ZE000000013537	$ 1.464.830,00
[redacted]							AFE23574	2/09/2024	19774	ZE000000013562	$ 6.901.629,00
							AFE24162	9/09/2024	20231	ZE000000013679	$ 5.022.780,00
							AFE24161	9/09/2024	20234	ZE000000013681	$ 7.098.380,00
							AFE24455	12/09/2024	20409	ZE000000013779	$ 2.532.690,00
							AFE24457	12/09/2024	20410	ZE000000013780	$ 5.861.546,00
							AFE24456	12/09/2024	20411	ZE000000013781	$ 4.515.400,00
							AFE24727	16/09/2024	20565	ZE000000013858	$ 4.073.240,00
							AFE24725	16/09/2024	20567	ZE000000013860	$ 3.201.440,00
							AFE24843	17/09/2024	20633	ZE000000013890	$ 11.203.970,00
							AFE24942	18/09/2024	20833	ZE000000013926	$ 7.644.514,00
							AFE24945	18/09/2024	20836	ZE000000013927	$ 1.464.830,00
							AFE24944	18/09/2024	20839	ZE000000013928	$ 5.881.918,00
							AFE24943	18/09/2024	20841	ZE000000013929	$ 3.225.540,00
							AFE24939	18/09/2024	21024	ZE000000013959	$ 3.842.370,00
							AFE25093	19/09/2024	21169	ZE000000014004	$ 1.464.830,00
							AFE25091	19/09/2024	21180	ZE000000014007	$ 5.771.708,00
							AFE25101	19/09/2024	21184	ZE000000014008	$ 3.717.690,00
							AFE25098	19/09/2024	21186	ZE000000014009	$ 9.820.503,00
							AFE25102	19/09/2024	21338	ZE000000014042	$ 5.122.500,00
							AFE25281	23/09/2024	21346	ZE000000014044	$ 5.583.303,00
[redacted]							AFE25301	23/09/2024	21351	ZE000000014046	$ 5.130.650,00
							AFE25759	26/09/2024	21587	ZE000000014122	$ 789.660,00
							AFE25756	26/09/2024	21588	ZE000000014123	$ 3.019.540,00
							AFR25861	27/09/2024	21676	ZE000000014149	$ 4.474.826,00
							AFE25862	27/09/2024	21682	ZE000000014150	$ 883.820,00
							AFE25864	27/09/2024	21690	ZE000000014152	$ 4.268.316,00
							AFE25869	27/09/2024	21693	ZE000000014155	$ 6.506.670,00
							AFE26017	30/09/2024	21911	ZE000000014191	$ 3.887.720,00
							AFE26006	30/09/2024	21912	ZE000000014192	$ 5.794.050,00
							VALOR AUTORIZADO PARA PAGO				**$ 145.017.963,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: ciento cuarenta y cinco millones diecisiete mil novecientos sesenta y tres 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**			$ 10.530.000,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO (Ej:**2024**)	**$ 2.302.784.640,00**			$ 945.832.441,00	$ 1.356.952.199,00
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**			**$ 956.362.441,00**	**$ 5.231.331.704,75**

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-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales AGOSTO correspondiente al mes de AGOSTO **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 (AGOSTO); 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	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

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

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: SMSM RICARDO SILVA RUEDA

NÚMERO DE CEDULA:	**CC. 80408996**
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	x	
Pago de Seguridad Social		