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:	31 de octubre de 2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	OCTUBRE

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	FVE991101882	18/9/2024	ZE14079	FTS	49.416.820,00
VIGENCIA AÑO 2024	120823	18/10/2023			330923	18/10/2023	FVE991102483	2/10/2024	ZE14419	FTS	55.575.830,00
VIGENCIA AÑO 2024	120823	18/10/2023			330923	18/10/2023	FVE991102484	2/10/2024	ZE14026	FTS	178.232.432,00
VIGENCIA AÑO 2024	120823	18/10/2023			330923	18/10/2023	FVE991102485	2/10/2024	ZE14023	FTS	29.092.770,00
VIGENCIA AÑO 2024	120823	18/10/2023			330923	18/10/2023	FVE991102486	3/10/2024	ZE14022	FTS	315.313.306,00
VIGENCIA AÑO 2024	120823	18/10/2023			330923	18/10/2023	FVE991102635	9/10/2024	ZE14511	FTS	20.804.727,00
VIGENCIA AÑO 2024	120823	18/10/2023			330923	18/10/2023	FVE991102650	10/10/2024	ZE14571	FTS	374.371.457,00
VIGENCIA AÑO 2024	120823	18/10/2023			330923	18/10/2023	FVE991102651	10/10/2024	ZE14572	FTS	13.326.161,00
VIGENCIA AÑO 2024	120823	18/10/2023			330923	18/10/2023	FVE991102652	10/10/2024	ZE14569	FTS	16.540.440,00
VIGENCIA AÑO 2024	120823	18/10/2023			330923	18/10/2023	FVE991102653	10/10/2024	ZE14570	FTS	338.284.884,00
VIGENCIA AÑO 2024	120823	18/10/2023			330923	18/10/2023	FVE991102825	16/10/2024	ZE14667	FTS	83.963.261,00
VIGENCIA AÑO 2024	120823	18/10/2023			330923	18/10/2023	FVE991102826	16/10/2024	ZE14666	FTS	117.118.674,00
VIGENCIA AÑO 2024	120823	18/10/2023			330923	18/10/2023	FVE991102827	16/10/2024	ZE14663	FTS	113.295.168,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											1.705.335.930,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: **Mil Setecientos Cinco Millones Trecientos Treinta y Cinco Mil Novecientos 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	-	-	12.951.229.812,00	1.842.370.188,00
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**	**$ -**	**$ -**	**$ 13.351.229.812,00**	**$ 26.732.244.679,00**

Nombre del Supervisor	MIGUEL ANGEL GUTIERREZ RAMIREZ	Fecha de notificación:	9 OCTUBRE 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 **09/10/2024** y riesgos profesionales **09/10/2024** Planilla N° **80816769** correspondiente al mes de **SEPTIEMBRE** en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de **SEPTIEMBRE**; 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/ existencias 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**	

OBSERVACIONES
1. Se verifica y realiza tramite de pago el dia 17 de octubre 2024 por valor de $49.416.820,00 Cuarenta y Nueve Millones Cuatrocientos diez y Seis Mil Ochocientos veinte Pesos M/Cte
2. Se verifica y realiza tramite de pago el dia 30 de octubre 2024 por valor de $ 1.655.919.110,00 Mil Seiscientos Cincuenta y Cinco Millones Novecientos Diez y Nueve Mil Ciento Diez Pesos M/Cte
3. De acuerdo a informe de presunto incumplimiento de fecha 26 de septiembre de 2024 ID 354127, se realiza el 29 de octubre 2024 de 10:00 a 11:00 horas audencia Articulo 86 Ley 1474 de 2011, OTTOBOCK HEALTHCARE ANDINA S.A.S.

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**

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: MIGUEL ANGEL GUTIERREZ RAMIREZ



NÚMERO DE CEDULA:	**79929164**
CELULAR : 3121466965	**CORREO:magutierrez@homil.gov.co**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	N/A	
Acta de supervisión y/o Factura	X	120
Pago de Seguridad Social	X	1