

HOSPITAL MILITAR CENTRAL



FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO

UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS

MANUAL: CONTRATACION

PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES

SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI

CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05

FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024

VERSIÓN: 10

PAGINA 1 DE 2

Fecha:

6/11/2024

INFORME DE SUPERVISOR

X

TRAMITE PARA PAGO

MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE

OCTUBRE

No. de Contrato:

484-2023

VALOR

\$ 1.639.474.517,25

Nº de Proceso en el ECOP II /Tienda virtual

LP-024-2023-HOMIL

Objeto

SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS E INSUMOS QUIRURGICOS CON APOYO TECNOLÓGICO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL" DE LAS VIGENCIAS FUTURAS 2023-2026. LOTE 4, LOTE 19, LOTE 28 Y LOTE 50

Nombre de Contratista

PROMED QUIRURGICOS EU

NIT/CC

900.026.143

Clase de Contrato

SUMINISTRO

Modalidad de Contratación

SELECCIÓN ABREVIADA

uenta Bancaria No.

24734519241

Banco:

BANCOLOMBIA

Tipo de Cuenta:

Ahorros

Corriente

X

Garantía Cumplimiento (si aplica):

3814637-6

Aseguradora (Si aplica):

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA

Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):

29/12/2023

VIGENCIA

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

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

AÑO 2024

87724

9/01/2024

87724

9/01/2024

PQFE45624

1/10/2024

22083

ZE-14226

\$ 3.234.000,00

PQFE46070

11/10/2024

23064

ZE-14476

\$ 2.641.313,00

PQFE46359

18/10/2024

23544

ZE-14597

\$ 3.253.223,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO

\$ 9.128.536,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:

nueve millones ciento veintiocho mil quinientos treinta y seis 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)

\$ 2.790.000,00

\$ 2.790.000,00

\$ 0,00

VIGENCIA AÑO (Ej:2024)

\$ 610.139.520,00

\$ 170.970.809,00

\$ 439.168.711,00

VIGENCIA AÑO (Ej:2025)

\$ 641.256.635,52

\$ 641.256.635,52

VIGENCIA AÑO (Ej:2026)

\$ 385.288.361,73

\$ 385.288.361,73

TOTAL CONTRATO

\$ 1.639.474.517,25

\$ 173.760.809,00

\$ 1.465.713.708,25

Nombre del Supervisor RICARDO SILVA RUEDA

Fecha de notificación: 23/12/2023

Je ejecución

FECHA DE INICIO

FECHA DE TERMINACION

4/01/2024

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 SEPTIEMBRE correspondiente al mes de SEPTIEMBRE 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 (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 detallada el cuadro relacionado a continuación:

REPUESTO

EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO

MARCA

NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO

PLACA DEL EQUIPO

NÚMERO 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: RÍCARDO SILVA RUEDA									
									
NUMERO DE CEDULA:		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		