HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-F
	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:	2/12/2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	NOVIEMBRE 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 Cuent	Ahorro s		Corrien te	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	875-47-994000011291-1	Asegurado ra (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	ALMACE N AL QUE INGRES A	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO 2024	14024	5/1/2024			14024	5/1/2024					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 0,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: N/A

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		$ 200.000.000,00	$ 242.036.642,00	$ 199.963.358,00
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	$ -	$ 200.000.000,00	$ 247.636.642,00	$ 1.353.963.358,00

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
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 ALMAC	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado/	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE	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 EQUIP	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		