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:	11/12/2024	INFORME DE SUPERVISOR	x	TRAMITE PARA PAGO	x	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	DICIEMBRE
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	AFE31245	6/12/2024	27844	ZE-15672	$ 883.820,00
							AFE31244	6/12/2024	27845	ZE-15673	$ 5.907.599,00
							AFE31246	6/12/2024	27846	ZE-15674	$ 4.971.220,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 11.762.639,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Once millones setecientos sesenta y dos mil seiscientos treinta y nueve o 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**		$ 920.000.000,00	$ 1.257.970.576,00	$ 124.814.064,00
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**			**$ 1.268.500.576,00**	**$ 4.919.193.569,75**

Nombre del Supervisor SMSM RICARDO SILVA RUEDA	**Fecha de notificación:** 25/12/2023
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO: 3/01/2024 — FECHA DE TERMINACION: 31/07/2026
Vigencia del Contrato:	: La vigencia será igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más
Prórrogas:	En tiempo 1- 2- 3-

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

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		