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:	16/12/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**	x	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE**	**DICIEMBRE**
No. de Contrato:	484-2023			**VALOR**	$ 1.639.474.517,25		
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. LOTE 4, LOTE 19, LOTE 28 Y LOTE 50**						
Nombre de Contratista	PROMED QUIRURGUICOS EU			**NIT/ CC**	900.026.143		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			**Modalidad de Contratación**	SELECCIÓN ABREVIADA		
Cuenta 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**						**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	**87724**	**9/01/2024**			**87724**	**9/01/2024**	PQFE48242	12/12/2024	28664	ZE-15814	$ 2.220.202,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	**$ 2.220.202,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Dos millones doscientos veinte mil doscientos dos 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**		$ 410.000.000,00	$ 186.415.514,00	$ 13.724.006,00
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**		**$ 410.000.000,00**	**$ 189.205.514,00**	**$ 1.040.269.003,25**

Nombre del Supervisor RICARDO SILVA RUEDA	**Fecha de notificación:** 23/12/2023
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO** 4/01/2024 — **FECHA DE TERMINACION** 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 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.

INFORMACION 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

)MBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: RICARDO SILVA RUEDA

MERO DE CEDULA:	80408996
ULAR : 3153350782	CORREO: rsilva@homil.gov.co

CUMENTOS 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		