HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-0
	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:	31/12/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	DICIEMBRE 2024
No. de Contrato:	470/2023			**VALOR**	$ 900.100.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTIA No. SA-098-2023						
Objeto	SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2023-2026 - LOTE N°1 - PRÓTESIS AUDITIVA DE OIDO MEDIO SEMI IMPLANTABLE (VB), PRÓTESIS AUDITIVA DE TRANSMISIÓN OSEA SUBCUTANEA (BB), INSUMOS Y/O ACCESORIOS PARA IMPLANTE COCLEAR MEDEL".						
Nombre de Contratista	DISORTHO S.A.S			**NIT/ CC**	860.529.890-0		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			**Modalidad de Contratación**	SA-098-2023-HOMIL		
Cuenta Bancaria No.	167-143253-31	**Banco:**	BANCOLOMBIA	**Tipo de Cuenta**	**Ahorros**		**Corriente** X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	33-44-101245288	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS DEL ESTADO	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**28/12/2023**		

	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL										
VIGENCIA	**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**
VIGENCIA AÑO 2024	93124	9/1/2024			93124	9/1/2024					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 0,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VR. EJECUTADO (D)**	**SALDO CONTRATO (A+B-C-D)**
VIGENCIA AÑO 2023	100.000			$ 100.000,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO 2024	300.000.000			$ 284.624.003,00	$ 15.375.997,00
VIGENCIA AÑO 2025	300.000.000				$ 300.000.000,00
VIGENCIA AÑO 2026	300.000.000				$ 300.000.000,00
TOTAL CONTRATO	**$ 900.100.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 284.724.003,00**	**$ 615.375.997,00**

Nombre del Supervisor : SMSM RICARDO SILVA RUEDA		**Fecha de notificación: 28/12/2023**
Plazo de ejecución: 31/07/2026	**FECHA DE INICIO: 28/12/2023**	**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 : N/A
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (XXXX); 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	FECHA DE ING	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	FECHA DE SALIDA DEL	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	**Nº 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	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		