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:	31/01/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	ene-25

No. de Contrato:	182-2024	VALOR	$ 877.992.640,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-026-2024-HOMIL		
Objeto	SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS E INSUMOS QUIRURGICOS CON APOYO TECNOLOGICO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL (Lote 2)		
Nombre de Contratista	IMPLANTES Y SISTEMAS ORTOPEDICOS S.A.	NIT/ CC	800.061.357
Clase de Contrato	SUMINISTRO	Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA

Cuenta Bancaria No.	233011543	Banco:	ITAU CORPBANCA COLOMBIA S A	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	NB-100326315	Asegura dora (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL - COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	4/06/2024			

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 2025	5425	8/01/2025	54	45665	108125	14/01/2025	BOG23867	2/01/2025	74	ZF000000016192	$ 36.683.261,00
							BOG23889	13/01/2025	76	ZF000000016194	$ 14.235.000,00
							BOG23891	14/01/2025	77	ZF000000016195	$ 25.068.362,00
							BOG23904	20/01/2025	256	ZF000000016357	$ 14.673.000,00
							BOG23913	29/01/2025	1076	ZF000000016576	$ 15.120.496,00
							BOG23916	31/01/2025	10440	ZF000000016660	$ 19.763.115,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 125.543.234,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Ciento veinticinco millones quinientos cuarenta y tres mil doscientos treinta y cuatro Pesos.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR EJECUTADO	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO (Ej:2024)	$ 877.992.640,00			$ 877.992.640,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO (Ej:2025)	$ 200.000.000,00			$ 62.769.586,00	$ 137.230.414,00
VIGENCIA AÑO (Ej:2026)					
TOTAL CONTRATO	$ 1.077.992.640,00			$ 940.762.226,00	$ 137.230.414,00

Nombre del Supervisor: WILSON ALBERTO QUINTERO PIMENTEL	Fecha de notificación: 13-01-2025

de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Vigencia del Contrato:	12/06/2024	31/12/2024
	: 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 correspondiente al mes de DICIEMBRE **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 (DICIEMBRE); 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	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:	WILSON ALBERTO QUINTERO PIMENTEL
	Wilson A Quintero P
NÚMERO DE CEDULA:	80088506
CELULAR :	CORREO:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura	x	
Pago de Seguridad Social		