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:	2/4/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	MARZO 2025
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 Cuenta	Ahorros		Corriente X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	875-47-994000011291-1	Aseguradora (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	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO 2025	9225	8/1/2025	92		7725	8/1/2025					
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	5.600.000			$ 5.600.000,00	$ -
VIGENCIA AÑO 2024	642.000.000		$ 200.000.000,00	$ 313.040.051,00	$ 128.959.949,00
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**	**$ 318.640.051,00**	**$ 1.282.959.949,0**

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 : CERTIFICACION :
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de ENERO 2025 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 ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado/ existencia almacén)	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
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		