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:	30 de mayo de 2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	MAYO

No. de Contrato:	372-2023	VALOR	40.083.474.491,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-0102023-HOMIL		
Objeto	"SUMINISTRO DE MATERIALES Y COMPONENTES PARA LA ELABORACIÓN Y ADAPTACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS SOBRE MEDIDA TIPO PRÓTESIS EXTERNA PARA EXTREMIDADES Y ORTESIS ORTOPÉDICA; LIGADO AL SOPORTE TÉCNICO Y ASESORÍA PARA USO, ADAPTACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS ELEMENTOS PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DESCENTRALIZADA DEL PACIENTE AMPUTADO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS 2023-2026"		
Nombre de Contratista	OTTO BOCK HEALTH CAREANDINA SAS	NIT/ CC	830109997-9
Clase de Contrato	SUMINISTRO	Modalidad de Contratación	LICITACION PUBLICA

Cuenta Bancaria No.	17212432982	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	18-44-101093429	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		1/11/2023		

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	8625	8/01/2025	86	8/01/2025	7125	8/01/2025	FVE991108547	7/5/2025	BF3577	ABC	29.721,00
VIGENCIA AÑO 2025	8625	8/01/2025	86	8/01/2025	7125	8/01/2025	FVE991108539	7/5/2025	ZF18629	FTS	420.400.000,00
VIGENCIA AÑO 2025	8625	8/01/2025	86	8/01/2025	7125	8/01/2025	FVE991108540	7/5/2025	ZF18628	FTS	131.375.319,00
VIGENCIA AÑO 2025	8625	8/01/2025	86	8/01/2025	7125	8/01/2025	FVE991108544	7/5/2025	ZF18626	FTS	124.524.775,00
VIGENCIA AÑO 2025	8625	8/01/2025	86	8/01/2025	7125	8/01/2025	FVE991108545	7/5/2025	ZF18622	FTS	126.428.463,00
VIGENCIA AÑO 2025	8625	8/01/2025	86	8/01/2025	7125	8/01/2025	FVE991108546	7/5/2025	ZF18621	FTS	8.491.272,00
VIGENCIA AÑO 2025	8625	8/01/2025	86	8/01/2025	7125	8/01/2025	FVE991108827	14/5/2025	BF03584	ABC	171.987,00
VIGENCIA AÑO 2025	8625	8/01/2025	86	8/01/2025	7125	8/01/2025	FVE991108824	14/5/2025	ZF18789	FTS	175.139.297,00
VIGENCIA AÑO 2025	8625	8/01/2025	86	8/01/2025	7125	8/01/2025	FVE991108826	14/5/2025	ZF18791	FTS	3.800.050,00
VIGENCIA AÑO 2025	8625	8/01/2025	86	8/01/2025	7125	8/01/2025	FVE991108881	14/5/2025	ZF18789	FTS	177.640,00
VIGENCIA AÑO 2025	8625	8/01/2025	86	8/01/2025	7125	8/01/2025	FVE991108880	21/5/2025	ZF18909	FTS	17.831.890,00
VIGENCIA AÑO 2025	8625	8/01/2025	86	8/01/2025	7125	8/01/2025	FVE991108882	22/5/2025	ZF18921	FTS	420.400.000,00
VIGENCIA AÑO 2025	8625	8/01/2025	86	8/01/2025	7125	8/01/2025	FVE991108883	22/5/2025	ZF18910	FTS	21.865.767,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	1.450.636.181,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: **Mil Cuatrocientos Cincuenta Millones Seicientos Treinta y Seis Mil Ciento Ochenta y Un Pesos M/Cte**

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2023	400.000.000,00	-	-	400.000.000,00	-
VIGENCIA AÑO 2024	14.793.600.000,00	-	-	14.793.600.000,00	
VIGENCIA AÑO 2025	15.548.073.600,00	-	-	6.727.570.929,00	8.820.502.671,00
VIGENCIA AÑO 2026	9.341.800.891,00	-	-		9.341.800.891,00
TOTAL CONTRATO	**$ 40.083.474.491,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 21.921.170.929,00**	**$ 18.162.303.562,00**

Nombre del Supervisor	MIGUEL ANGEL GUTIERREZ RAMIREZ	Fecha de notificación:	9 OCTUBRE 2024

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	2 de noviembre de 2023	31 DE JULIO DE 2026
Vigencia del Contrato:	3 AÑOS	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	

Prórrogas:	**2-**
	3-

FORMATO	**INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO**	**CODIGO:**	**VERSIÓN** **10**
		Página:	**2 DE 2**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión **14/5/2025** y riesgos profesionales **14/5/2025** Planilla N° **86549864** correspondiente al mes de **ABRIL** en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de **ABRIL**; 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/ existencias 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

FORMATO	**INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO**	**CODIGO:**	**VERSIÓN** **10**
		Página:	**2 DE 2**

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: MIGUEL ANGEL GUTIERREZ RAMIREZ



NÚMERO DE CEDULA:	**79929164**
CELULAR : 3121466965	**CORREO:magutierrez@homil.gov.co**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	N/A	
Acta de supervisión y/o Factura	X	53
Pago de Seguridad Social	X	1