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:	1/05/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	abr-25
No. de Contrato:	482-2023			VALOR	$ 6.187.694.145,75		
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 (LOTES 2 TRAUMA ESPECIAL-29 PROTESIS CADERA-45 MAXILOFACIAL-48 MAXILOFACIAL						
Nombre de Contratista	AMAREY NOVA MEDICAL S.S			NIT/ CC	800.250.382		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA		
Cuenta Bancaria No.	04809461899	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	18-44-101095005	Asegurador a (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	23/12/2023		

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 2025	20425	1/08/2025	2024	1/08/2025	17925	1/08/2025	AFE40446	2/04/2025	7181	ZF000000017928	$ 42.424.012,00
							AFE40451	2/04/2025	7291	ZF000000017952	$ 8.490.295,00
							AFE40475	2/04/2025	7292	ZF000000017953	$ 2.929.056,00
							AFE40465	2/04/2025	7293	ZF000000017954	$ 3.081.856,00
							AFE40452	2/04/2025	7294	ZF000000017955	$ 3.386.820,00
							AFE40668	4/04/2025	7419	ZF000000018005	$ 2.850.321,00
							AFE40670	4/04/2025	7420	ZF000000018006	$ 6.540.185,00
							AFE40664	4/04/2025	7421	ZF000000018007	$ 5.060.244,00
							AFE40747	7/04/2025	7450	ZF000000018028	$ 5.244.499,00
							AFE40854	8/04/2025	7600	ZF000000018067	$ 6.096.113,00
							AFE40844	8/04/2025	7626	ZF000000018082	$ 3.361.515,00
							AFE41149	11/04/2025	7719	ZF000000018141	$ 7.068.188,00
							AFE41275	14/04/2025	7866	ZF000000018211	$ 6.561.245,00
							AFE41377	15/04/2025	7867	ZF000000018212	$ 4.010.415,00
							AFE41426	15/04/2025	7870	ZF000000018214	$ 7.840.300,00
							AFE41690	21/04/2025	8254	ZF000000018300	$ 5.528.744,00
							AFE42276	24/04/2025	8411	ZF000000018326	$ 6.176.128,00
							AFE42304	24/04/2025	8412	ZF000000018327	$ 6.211.834,00
							AFE42277	24/04/2025	8571	ZF000000018344	$ 4.842.286,00
							AFE42317	25/04/2025	8602	ZF000000018357	$ 3.270.512,00
							AFE42346	25/04/2025	8603	ZF000000018358	$ 3.170.520,00
							AFE42316	25/04/2025	8604	ZF000000018359	$ 2.559.334,00
							AFE42451	28/04/2025	8845	ZF000000018384	$ 1.692.010,00
							AFE42696DEV	30/04/2025	9210	ZF000000018444	$ 8.057.978,00
							AFE42654	30/04/2025	9211	ZF000000018445	$ 928.020,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	$ 157.382.430,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Ciento cincuenta y siete millones trescientos ochenta y dos mil cuatrocientos treinta 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**)	**$ 10.530.000,00**			$ 10.530.000,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO (Ej:**2024**)	**$ 2.302.784.640,00**		$ 920.000.000,00	$ 1.382.784.640,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO (Ej:**2025**)	**$ 2.420.226.656,64**			$ 452.161.698,00	$ 1.968.064.958,64
VIGENCIA AÑO (Ej:**2026**)	**$ 1.454.152.849,11**				$ 1.454.152.849,11
TOTAL CONTRATO	**$ 6.187.694.145,75**		**$ 920.000.000,00**	**$ 1.845.476.338,00**	**$ 3.422.217.807,75**

Nombre del Supervisor SMSM RICARDO SILVA RUEDA	**Fecha de notificación:** 25/12/2023

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	3/01/2024	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 correspondiente al mes de **MARZO 2025** en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (**MARZO 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	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.

INFORMACIÓN 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	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SMSM RICARDO SILVA RUEDA

NÚMERO DE CEDULA:	**CC. 80408996**
CELULAR : 3153350782	**CORREO : rsilva@homil.gov.co**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura	x	
Pagó de Seguridad Social		