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:	30/06/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**	x	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE**	**jun-25**
No. de Contrato:	484-2023			**VALOR**	$ 1.639.474.517,25		
N° de Proceso en el COP 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. LOTE 4, LOTE 19, LOTE 28 Y LOTE 50						
ombre de Contratista	PROMED QUIRURGUICOS EU			**NIT/ CC**	900.026.143		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			**Modalidad de Contratación**	SELECCIÓN ABREVIADA		
enta Bancaria No.	24734519241	**Banco:**	BANCOLOMBIA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente** x
rantia Cumplimiento aplica) :	3814637-6	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	29/12/2023		

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	**20825**	**8/01/2025**	**208**	**8/01/2025**	**18325**	**8/01/2025**	PQFE54180	5/06/2025	11894	ZF000000019061	$ 1.865.716,00
							PQFE54696	18/06/2025	12699	ZF000000019347	$ 5.945.381,00
							PQFE54926	26/06/2025	13677	ZF000000019479	$ 1.865.716,00
										VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	**$ 9.676.813,00**

ALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Nueve millones seiscientos setenta y seis mil ochocientos trece 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**)	**$ 2.790.000,00**			$ 2.790.000,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO (EJ:**2024**)	**$ 610.139.520,00**		$ 410.000.000,00	$ 200.139.520,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO (EJ:**2025**)	**$ 641.256.635,52**			$ 104.795.531,00	$ 536.461.104,52
VIGENCIA AÑO (EJ:**2026**)	**$ 385.288.361,73**				$ 385.288.361,73
TAL CONTRATO	**$ 1.639.474.517,25**		**$ 410.000.000,00**	**$ 307.725.051,00**	**$ 921.749.466,25**

Nombre del Supervisor RICARDO SILVA RUEDA	**Fecha de notificación:** 23/12/2023

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
lazo de ejecución	4/01/2024	31/07/2026
igencia del Contrato:	: La vigencia será igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más	
	En tiempo	
O:	**1-**	
	2-	
	3-	

OTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales correspondiente al mes de **JUNIO 2025** en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del es de (**JUNIO2025**); 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 l mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

OTA 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.

OTA 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

OTA 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

OTA 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:	RICARDO SILVA RUEDA
NÚMERO DE CEDULA:	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	
Pago de Seguridad Social		