

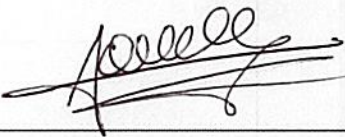
<div>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</div> <div></div>		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05					
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS				FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024					
		MANUAL: CONTRATACION				VERSIÓN: 10					
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES									
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI				PAGINA 1 DE 2					
Fecha:	1/7/2025	INFORME DE SUPERVISOR	x	TRAMITE PARA PAGO		PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	JUNIO				
No. de Contrato:	492-2023			VALOR	\$ 117.525.055,00						
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-024-2023-HOMIL										
Objeto	SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS E INSUMOS QUIRURGICOS CON APOYO TECNOLÓGICO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL*, VIGENCIAS FUTURAS 2023 - 2026										
Nombre de Contratista	MEDTRONIC COLOMBIA S.A.			NIT/ CC	830025149						
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA						
Cuenta Bancaria No.	0065140012	Banco:	CITIBANK COLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	x			
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	11-46-101041865	Segurado (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	29/12/2024						
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 2024	93524	9/1/2024			93524	9/1/2024	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:											
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR EJECUTADO		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)		
VIGENCIA AÑO (Ej:2023)	\$ 200.000,00						\$ 200.000,00		\$ 0,00		
VIGENCIA AÑO (Ej:2024)	\$ 43.737.600,00		\$ 21.868.500,00				\$ 53.892.000,00		\$ 11.714.100,00		
VIGENCIA AÑO (Ej:2025)	\$ 45.968.217,60								\$ 45.968.217,60		
VIGENCIA AÑO (Ej:2026)	\$ 27.616.237,40								\$ 27.616.237,40		
TOTAL CONTRATO	\$ 117.522.055,00		\$ 21.868.500,00		\$ 0,00		\$ 54.092.000,00		\$ 85.298.555,00		

Nombre del Supervisor :Carins Gregorio Torres Restrepo				Fecha de notificación: 25/12/2023										
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACION										
	3/1/2024			31/7/2026										
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 en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (N/A); 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 detallada el cuadro relacionado a continuación:														
REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado o/ existenci	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:

Carlos Gregorio Torres Restrepo



NÚMERO DE CEDULA:	CC 1020771175
CELULAR :	CORREO: catorres@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		