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:	1/04/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	MARZO
No. de Contrato:	182-2024			VALOR	$ 877.992.640,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-026-2024-HOMIL						
Objeto	SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS E INSUMOS QUIRURGICOS CON APOYO TECNOLOGICO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL (Lote 2)						
Nombre de Contratista	IMPLANTES Y SISTEMAS ORTOPEDICOS S.A.			NIT/ CC	800.061.357		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA		
Cuenta Bancaria No.	233011543	Banco:	ITAU CORPBANCA COLOMBIA S A	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	NB-100326315	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL - COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	4/06/2024		

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 2025	5425	8/01/2025	54	45665	108125	14/01/2025	BOG23994	4/03/2025	4651	ZF000000017302	$ 17.067.056,00
							BOG23999	5/03/2025	4805	ZF000000017375	$ 1.459.000,00
							BOG24010	7/03/2025	4937	ZF000000017429	$ 16.173.000,00
							BOG24025	17/03/2025	6807	ZF000000017831	$ 7.629.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 80.726.342,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Ochenta millones setecientos veintiséis mil trescientos cuarenta y dos pesos.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR EJECUTADO	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO (Ej:**2024**)	**$ 877.992.640,00**			$ 877.992.640,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO (Ej:**2025**)	**$ 200.000.000,00**		**$ 200.000.000,00**	$ 230.973.303,00	$ 169.026.697,00
VIGENCIA AÑO (Ej:**2026**)					
TOTAL CONTRATO	**$ 1.077.992.640,00**		**$ 200.000.000,00**	**$ 1.108.965.943,00**	**$ 169.026.697,00**

Nombre del Supervisor: WILSON ALBERTO QUINTERO PIMENTEL	Fecha de notificación: 13-01-2025

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	12/06/2024	31/12/2024
Vigencia del Contrato:	: La vigencia será igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más	
Pr[illegible]as:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales correspondiente al mes de **FEBRERO 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 (**FEBRERO**); 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	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	

WILSON ALBERTO QUINTERO PIMENTEL

Wilson A Quintero P

NÚMERO DE CEDULA:	80088506
CELULAR :	CORREO:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura	x	
Pago de Seguridad Social		