| 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: | 31/07/2025 | INFORME DE SUPERVISOR | x | TRAMITE PARA PAGO | | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE | JULIO-2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. de Contrato: | 130-2025 | | | VALOR | $ 1.920.000.000,00 | | |
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual | LP-001-2025-HOMIL | | | | | | |
| Objeto | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS E INSUMOS QUIRÚRGICOS CON APOYO TECNOLÓGICO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL VIGENCIA 2025 LOTE 2 | | | | | | |
| Nombre de Contratista | DISORTHO S.A.S | | | NIT/ CC | 860.529.890 | | |
| Clase de Contrato | SUMINISTRO | | | Modalidad de Contratación | SELECCIÓN ABREVIADA | | |
| Cuenta Bancaria No. | 16714325331 | Banco: | BANCOLOMBIA | Tipo de Cuenta: | Ahorros | | Corriente X |
| Garantia Cumplimiento (Si aplica) : | 33-44-101264634-0 | Aseguradora (Si aplica): | SEGUROS DEL ESTADO S.A | Fecha de aprobación de la Garantia (Si aplica): | 8/07/2025 | | |

| 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 | | | | | |
| AÑO2025 | 239225 | 27/06/2025 | 239 | 27/06/2025 | 136525 | 27/06/2025 | BA137469 | 14/07/2025 | 14691 | ZF000000019827 | $ 16.715.200,00 |
| | | | | | | | BA137467 | 14/07/2025 | 14694 | ZF000000019828 | $ 16.072.000,00 |
| | | | | | | | BA137691 | 18/07/2025 | 14833 | ZF000000019855 | $ 10.219.598,00 |
| | | | | | | | BA137692 | 18/07/2025 | 14834 | ZF000000019856 | $ 8.115.200,00 |
| | | | | | | | BA138118 | 25/07/2025 | 15655 | ZF000000020011 | $ 29.433.200,00 |
| | | | | | | | BA138166 | 29/07/2025 | 16143 | ZF000000020104 | $ 9.320.000,00 |
| | | | | | | | BA138179 | 30/07/2025 | 16286 | ZF000000020120 | $ 9.955.200,00 |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | $ 99.830.398,00 |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Noventa y nueve millones ochocientos treinta mil trescientos noventa y ocho Pesos.**

| VIGENCIA | VR. CONTRATO (A) | VR. ADICION (B) | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C ) | VR EJECUTADO | SALDO CONTRATO (A+B-C-D) |
|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA AÑO (Ej:2025) | $ 1.920.000.000,00 | | | $ 99.830.398,00 | $ 1.820.169.602,00 |
| VIGENCIA AÑO (Ej:2026) | | | | | |
| TOTAL CONTRATO | $ 1.920.000.000,00 | | | $ 99.830.398,00 | $ 1.820.169.602,00 |

| Nombre del Supervisor CAMILO MARTINEZ GONZALEZ | Fecha de notificación: 14-07-2025 |
|---|---|

| Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|
| | 26/06/2025 | 31/12/2025 |
| Vigencia del Contrato: | : La vigencia será igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más | |
| Prórrogas: | En tiempo | |
| | 1- | |
| | 2- | |
| | 3- | |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales octubre correspondiente al mes de **( JULIO 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

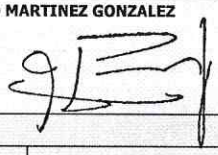
| DESCRIPCION DEL EQUIPO | SERIE | PLACA | AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO | No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO | FECHA DE MANTENIMIENTO | FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO | FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

**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: | CAMILO MARTINEZ GONZALEZ |
|---|---|
| NÚMERO DE CEDULA: | 74371932 |
| 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 | | |