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:	1/5/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	x	PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	jul-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 MED CAL 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	Aseguradora (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	1/8/2025	2024	1/8/2025	17925	1/8/2025	AFE47481	1/7/2025	13837	ZF000000019512	$ 2.339.621,00
							AFE47693	3/7/2025	14014	ZF000000019563	$ 9.032.002,00
							AFE47686	3/7/2025	14201	ZF000000019601	$ 6.618.666,00
							AFE47880	7/7/2025	14286	ZF000000019632	$ 7.049.965,00
							AFE48133	9/7/2025	14379	ZF000000019676	$ 1.447.146,00
							AFE48068	8/7/2025	14413	ZF000000019692	$ 3.384.342,00
							AFE48120	9/7/2025	14415	ZF000000019694	$ 1.972.880,00
							AFE48164	9/7/2025	14416	ZF000000019695	$ 3.495.618,00
							AFE48279	10/7/2025	14418	ZF000000019698	$ 3.461.507,00
							AFE48269	10/7/2025	14419	ZF000000019699	$ 7.082.752,00
							AFE48621	15/7/2025	14600	ZF000000019798	$ 8.556.550,00
							AFE48585	14/7/2025	14601	ZF000000019799	$ 6.317.688,00
							AFE48657	15/7/2025	14603	ZF000000019800	$ 928.020,00
							AFE48735	16/7/2025	14635	ZF000000019816	$ 1.538.080,00
							AFE48852	17/7/2025	14686	ZF000000019824	$ 7.400.708,00
							AFE48856	17/7/2025	14687	ZF000000019825	$ 3.652.068,00
							AFE48863	17/7/2025	14776	ZF000000019843	$ 7.881.380,00
							AFE49383	23/7/2025	15126	ZF000000019941	$ 157.290,00
							AFE49519	24/7/2025	15521	ZF000000019986	$ 1.538.080,00
							AFE49518	24/7/2025	15523	ZF000000019988	$ 6.230.049,00
							AFE49609	25/7/2025	15539	ZF000000019995	$ 5.668.953,00
							AFE49662	25/7/2025	15667	ZF000000020013	$ 1.675.139,00
							AFE49719	28/7/2025	15701	ZF000000020021	$ 6.869.070,00
							AFE49723	28/7/2025	15796	ZF000000020043	$ 4.846.779,00
							AFE49934	30/7/2025	16138	ZF000000020100	$ 3.870.530,00
							AFE49936	30/7/2025	16139	ZF000000020101	$ 5.625.798,00
							AFE49937	30/7/2025	16142	ZF000000020103	$ 5.631.106,00
							AFE50061	31/7/2025	16386	ZF000000020128	$ 1.508.880,00
							AFE50043	31/7/2025	16455	ZF000000020141	$ 4.049.308,00
							AFE50037	31/7/2025	16457	ZF000000020143	$ 6.211.834,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 136.041.809,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Ciento treinta y seis millones cuarenta y un mil ochocientos nueve 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**			$ 785.199.927,00	$ 1.635.026.729,64
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**	**$ 2.178.514.567,00**	**$ 3.089.179.578,75**

Nombre del Supervisor SMSM RICARDO SILVA RUEDA		**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 **JULIO 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 **(JULIO2025)**; 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	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado/ 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: 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	
Pago de Seguridad Social		