HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	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:	30/8/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	AGOSTO

No. de Contrato:	015-2025	**VALOR**	45.000.000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-016-2025-HOMIL		
Objeto	SUMINISTRO DE IMPLANTES DE OSEOINTEGRACIÓN CON SUS RESPECTIVOS TORNILLOS DE CICATRIZACIÓN, ADITAMENTOS PROTÉSICOS, MATERIAL DE REGENERACIÓN ÓSEA PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	MANOHAY COLOMBIA SAS	**NIT/ CC**	900.819.170-5
Clase de Contrato	SUMINISTRO	**Modalidad de Contratación**	MINIMA CUANTIA

Cuenta Bancaria No.	359044120	**Banco:**	BANCO DE BOGOTA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	X	**Corriente**		
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	16449147	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	10/3/2025				

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**					
VIGENCIA AÑO 2024	156425	7/3/2025			114325	7/3/2025	N/A	N/A	N/A	N/A	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											-

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: PESOS M/CTE

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VR. EJECUTADO (D)**	**SALDO CONTRATO (A+B-C-D)**
VIGENCIA AÑO 2025	45.000.000				45.000.000
TOTAL CONTRATO	$ 45.000.000,00	$ -	$ -	$ -	$ 45.000.000,00

Nombre del Supervisor CARLOS GREGORIO TORRES RESTREPO	**Fecha de notificación:** 17/03/2025

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	17/3/2025	30/12/2025
Vigencia del Contrato:	2025	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: A LA FECHA NO HAY FACTURAS EN TRAMITE

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 ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado/ existencias almacén)	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

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

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: DORIS EDELMIRA RENTERIA LOZANO

NÚMERO DE CEDULA: 52847419

CELULAR : 3204080181

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		
Pago de Seguridad Social		