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 PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	VERSIÓN: 10
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	28 de noviembre de 2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	NOVIEMBRE

No. de Contrato:	**372-2023**	VALOR	**40.083.474.491,00**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-0102023-HOMIL		
Objeto	"SUMINISTRO DE MATERIALES Y COMPONENTES PARA LA ELABORACIÓN Y ADAPTACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS SOBRE MEDIDA TIPO PRÓTESIS EXTERNA PARA EXTREMIDADES Y ORTESIS ORTOPÉDICA; LIGADO AL SOPORTE TÉCNICO Y ASESORÍA PARA USO, ADAPTACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS ELEMENTOS PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DESCENTRALIZADA DEL PACIENTE AMPUTADO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS 2023-2026"		
Nombre de Contratista	OTTO BOCK HEALTH CAREANDINA SAS	NIT/ CC	830109997-9
Clase de Contrato	SUMINISTRO	Modalidad de Contratación	LICITACION PUBLICA

Cuenta Bancaria No.	**17212432982**	Banco:	**BANCOLOMBIA**	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**18-44-101093429**	Aseguradora (Si aplica):	**SEGUROS DEL ESTADO**	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	**1/11/2023**	

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					
VIGENCIA AÑO 2025	**8625**	**8/01/2025**	**86**	**8/01/2025**	**7125**	**8/01/2025**	**FVE991113112**	**19/11/2025**	**ZF22238**	**FTS**	**1.922.159,00**
VIGENCIA AÑO 2025	**8625**	**8/01/2025**	**86**	**8/01/2025**	**7125**	**8/01/2025**	**FVE991113110**	**19/11/2025**	**ZF22237**	**FTS**	**31.070.824,00**
VIGENCIA AÑO 2025	**8625**	**8/01/2025**	**86**	**8/01/2025**	**7125**	**8/01/2025**	**FVE991113145**	**20/11/2025**	**ZF22239**	**FTS**	**16.927.869,00**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**49.920.852,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: **Cuarenta y nueve millones novecientos veinte mil ochocientos cincuenta y dos 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 2023	400.000.000,00	-	-	400.000.000,00	-
VIGENCIA AÑO 2024	14.793.600.000,00	-	-	14.793.600.000,00	
VIGENCIA AÑO 2025	15.548.073.600,00	-	-	14.449.884.832,00	1.098.188.768,00
VIGENCIA AÑO 2026	9.341.800.891,00	-	-		9.341.800.891,00
TOTAL CONTRATO	**$ 40.083.474.491,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 29.643.484.832,00**	**$ 10.439.989.659,00**

Nombre del Supervisor	Fecha de notificación:
Cr. (RA) GILBERT ANDRES CHAPARRO BARRERA	**01 OCTUBRE 2025**

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	2 de noviembre de 2023	**31 de julio de 2026**
Vigencia del Contrato:	3 AÑOS	

Prorrogas:	**En tiempo**
	1-
	2-
	3-

FORMATO	**INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO**	**CODIGO:**	**VERSIÓN** **10**
		Página:	**2 DE 2**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión **13/NOVIEMBRE/2025** y riesgos profesionales **13/NOVIEMBRE /2025** Planilla N° **91206903** correspondiente al mes de **OCTUBRE** en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de **OCTUBRE**; 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 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

FORMATO	**INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO**	**CODIGO:**	**VERSIÓN** **10**
		Página:	**2 DE 2**

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**

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Cr. (RA) GILBERT ANDRES CHAPARRO BARRERA



NÚMERO DE CEDULA:	**9397307**
CELULAR : 3133779800	**CORREO:gchaparro@homil.gov.co**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	N/A	
Acta de supervisión y/o Factura	X	17
Pago de Seguridad Social	X	1

	PAGINAS
TP1	7
TP1	10