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:	31/12/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	DICIEMBRE 2025

No. de Contrato:	470/2023	VALOR	$ 900.100.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTIA No. SA-098-2023				
Objeto	SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2023-2026 - LOTE N°1 - PRÓTESIS AUDITIVA DE OIDO MEDIO SEMI IMPLANTABLE (VB), PRÓTESIS AUDITIVA DE TRANSMISIÓN OSEA SUBCUTANEA (BB), INSUMOS Y/O ACCESORIOS PARA IMPLANTE COCLEAR MEDEL".				
Nombre de Contratista	DISORTHO S.A.S	NIT/ CC	860.529.890-0		
Clase de Contrato	SUMINISTRO	Modalidad de Contratación	SA-098-2023-HOMIL		
Cuenta Bancaria No.	167-143253-31	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta: Ahorros	Corriente X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	33-44-101245288	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	28/12/2023

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					
VIGENCIA AÑO 2025	18325	8/1/2025	183	08/01/2025	15825	8/1/2025					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 0,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2023	100.000			$ 100.000,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO 2024	300.000.000			$ 300.000.000,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO 2025	300.000.000			$ 248.336.003,00	$ 51.663.997,00
VIGENCIA AÑO 2026	300.000.000				$ 300.000.000,00
TOTAL CONTRATO	**$ 900.100.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 548.436.003,00**	**$ 351.663.997,0**

Nombre del Supervisor : SMSM RICARDO SILVA RUEDA	Fecha de notificación: 28/12/2023	
Plazo de ejecución: 31/07/2026	FECHA DE INICIO: 28/12/2023	FECHA DE TERMINACION: 31/07/2026

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 :
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social; 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 ING	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado/	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE	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	FECHA DE SALIDA DEL	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	Entidad		Entidad	Entidad		Entidad	Valor	
FORMATO	**INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO**							**CODIGO:**		**VERSIÓN**	10
								Página:		2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: RICARDO SILVA RUEDA

NÚMERO DE CEDULA: 80.408.996

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		
Pago de Seguridad Social		