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:	30/01/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	ene-26
No. de Contrato:	484-2023			VALOR	$ 1.639.474.517,25		
N° de Proceso en el ECOP 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. LOTE 4, LOTE 19, LOTE 28 Y LOTE 50						
Nombre de Contratista	PROMED QUIRURGUICOS EU			NIT/ CC	900.026.143		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA		
uenta Bancaria No.	24734519241	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente X
arantia Cumplimiento i aplica) :	3814637-6	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	29/12/2023		

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 2026	18026	6/01/2026	180	6/01/2026	18026	6/01/2026	PQFE61659	5/01/2026	43	ZG000000023109	$ 3.234.000,00
							PQFE62195	13/01/2026	45	ZG000000023111	$ 4.407.436,00
							PQFE62201	13/01/2026	47	ZG000000023113	$ 3.234.000,00
							PQFE62311	15/01/2026	152	ZG000000023219	$ 19.907.953,00
							PQFE62390	16/01/2026	156	ZG000000023223	$ 3.665.820,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 34.449.209,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TREINTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS 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)	$ 2.790.000,00			$ 2.790.000,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO (Ej:2024)	$ 610.139.520,00		$ 410.000.000,00	$ 200.139.520,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO (Ej:2025)	$ 641.256.635,52			$ 499.825.514,00	$ 141.431.121,52
VIGENCIA AÑO (Ej:2026)	$ 385.288.361,73				$ 385.288.361,73
OTAL CONTRATO	$ 1.639.474.517,25		$ 410.000.000,00	$ 702.755.034,00	$ 526.719.483,25

Nombre del Supervisor RICARDO SILVA RUEDA	Fecha de notificación: 23/12/2023

ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	4/01/2024	31/07/2026
igencia del Contrato:	: La vigencia será igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más	
rrorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

OTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales correspondiente al mes deENERO 2026en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes e (ENERO 2026); 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 ismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

OTA 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.

OTA 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

OTA 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

OTA 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	Nº 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: RICARDO SILVA RUEDA

NÚMERO DE CEDULA: 80408996

CELULAR : 3153350782

CORREO: rsilva@homil.gov.co

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		