| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-0 |
|---|---|---|
| | 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: | 3/3/2026 | INFORME DE SUPERVISOR | X | TRAMITE PARA PAGO | | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | FEBRERO 2026 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. de Contrato: | 384-2023 | | | VALOR | $ 1.801.600.000 | | |
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual | LP-016-2023-HOMIL | | | | | | |
| Objeto | SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2024-2026 (LOTE N°3 , LOTE N°6 y LOTE N°11) | | | | | | |
| Nombre de Contratista | MEDIHUMANA COLOMBIA S.A. | | | NIT/ CC | NIT 830.055.758-1 | | |
| Clase de Contrato | SUMINISTRO | | | Modalidad de Contratación | LICITACION PUBLICA | | |
| Cuenta Bancaria No. | 011360773 CÓDIGO 14 | Banco: | BANCO ITAU | Tipo de Cuenta: | Ahorros | | Corriente X |
| Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | 875-47-994000011291-1 | Aseguradora (Si aplica): | ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 15/11/2023 | | |

| 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 | 9225 | 8/1/2025 | 92 | | 7725 | 8/1/2025 | | | | | |
| VIGENCIA AÑO 2026 | 3326 | 06/01/2026 | 33 | | 3326 | 06/01/2026 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 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 | 5.600.000 | | | $ 5.600.000,00 | $ - |
| VIGENCIA AÑO 2024 | 642.000.000 | | $ 200.000.000,00 | $ 442.000.000,00 | $ - |
| VIGENCIA AÑO 2025 | 670.000.000 | | $ 100.000.000,00 | $ 269.948.184,00 | $300.051.816,00 |
| VIGENCIA AÑO 2026 | 484.000.000 | | | | $484.000.000,00 |
| | | | | | |
| **TOTAL CONTRATO** | **$ 1.801.600.000,00** | **$ -** | **$ 300.000.000,00** | **$ 717.548.184,00** | **$ 784.051.816,00** |

| Nombre del Supervisor : RICARDO SILVA RUEDA | | Fecha de notificación: 23/11/2023 |
|---|---|---|
| Plazo de ejecución: 31/07/2026 | FECHA DE INICIO: 24/11/2024 | FECHA DE TERMINACION: 31/07/2026 |
| Vigencia del Contrato: | LA VIGENCIA DEL CONTRATO SERA IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION Y SEIS (6) MESES MAS | |
| | En tiempo | |
| Prorrogas: | 1- | |
| | 2- | |
| | 3- | |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión : CERTIFICACION :
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 ALMACEN | FECHA DE INGRESO | NÚMERO DE PARTE (SI APLICA) | ESTADO (Instalado/ existencia 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** | **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:** | **80.408.996** | |
| **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 | | |
| Pago de Seguridad Social | | |