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:	4/12/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	NOVIEMBRE
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.	17272661171	Banco:	BANCOLOMBIA	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	COBO255425	21/11/2025	ZF000000022242	FTS	764.306
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											764.306

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL TRECIENTOS SEIS 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			7.693.817	37.306.183
TOTAL CONTRATO	$ 45.000.000,00	$ -	$ -	$ 7.693.817,00	$ 37.306.183,00

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: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales correspondiente al mes de NOVIEMBRE-2025
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (NOVIEMBRE); así mismo informo que a la fecha no hay facturas pendientes de 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	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: DORIS EDELMIRA RENTERIA LOZANO

JORGS RENTERIA

NÚMERO DE CEDULA: 52847419

CELULAR : 3204080181

CORREO: catorres@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		