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:	3/7/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	**X**	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**JUNIO 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		MH 102515	11/6/2026	ZG000000026175	FTS	$ 4.814.000,00
							MH 102514	11/6/2026	ZG000000026273	FTS	$ 35.189.000,00
VIGENCIA AÑO 2026	3326	06/01/2026	33		3326						
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 40.003.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUARENTA MILLONES TRES MIL PESOS MCTE

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	$ 380.371.601,00	$189.628.399,00
VIGENCIA AÑO 2026	484.000.000				$484.000.000,00
TOTAL CONTRATO	**$ 1.801.600.000,00**	**$ -**	**$ 300.000.000,00**	**$ 827.971.601,00**	**$ 673.628.399,00**

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

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión : CERTIFICACION : MAYO 2026
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/ 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	**N° 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	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	2
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	2