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:	31/07/2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JULIO

No. de Contrato:	CTO - 076/2024			VALOR	$	20.000.000,00			
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-077-2024-HOMIL								
Objeto	SUMINISTRO DE EXPANSORES TISULARES EN SILICONA Y PROTESIS MAMARIAS INTERNA EN GEL DE SILICONA PARA PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL								
Nombre de Contratista	GC AESTHETICS COLOMBIA S.A.S			NIT/ CC	901344033				
Clase de Contrato	SUMINISTROS			Modalidad de Contratación	MÍNIMA CUANTÍA				
Cuenta Bancaria No.	03100000118	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	11-46-101053971	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	17/04/2024				

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	150324	18/03/2024			201924	19/04/2024	GCAC20347	23/07/2024	ZE000000012706	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 2.600.000,00
							GCAC20615	31/07/2024	ZE000000012879	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 2.600.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 5.200.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL 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 2024	$ 20.000.000,00	$ 10.000.000,00		$ 19.500.000,00	$ 10.500.000,00
TOTAL CONTRATO	$ 20.000.000,00	$ 10.000.000,00	$ -	$ 19.500.000,00	$ 10.500.000,00

Nombre del Supervisor LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ		Fecha de notificación: 02/04/2024
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	4/04/2024	30/09/2024
Vigencia del Contrato:	30/09/2024	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporto la certificación de los aportes parafiscales de fecha _____JULIO 2024_____ los parafiscales.

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	NUMERO 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
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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	OBSERVACIONES
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES: La factura GCAC20615 ESTA FACTURA REEMPLAZA A LA FACTURA GCAC20609 LA CUAL FUE ANULADA POR EL PROVEEDOR POR DIFERENCIA EN LAS CARACTERISTICAS DE LOS PRODUCTOS OFERTADOS.

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:	Luz María Toloza González	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	39.648.310		
CELULAR :		CORREO: ltoloza@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		