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 - 457/2023**			**VALOR**	**$ 199.100.000,00**		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	**LP-023-2023-HOMIL**						
Objeto	**SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS REQUERIDOS POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**						
Nombre de Contratista	**ST. JUDE MEDICAL COLOMBIA LTDA.**			**NIT/ CC**	**811021765**		
Clase de Contrato	**SUMINISTROS**			**Modalidad de Contratación**	**LICITACIÓN PÚBLICA**		

Cuenta Bancaria No.	**304001118**	**Banco:**	**BBVA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**3807799-1**	**Aseguradora (Si aplica):**	**SURAMERICANA**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**22/12/2023**			

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					
VIGENCIA AÑO 2024	91624	9/01/2024			91624	9/01/2024	7600316557	28/06/2024	ZE000000012218	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 13.826.003,00
							7600316744	5/07/2024	ZE000000012322	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 6.026.003,00
							7600316745	5/07/2024	ZE000000012323	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 5.649.228,00
							7600317085	16/07/2024	ZE000000012728	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 13.826.003,00
							7600317229	19/07/2024	ZE000000012822	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 13.826.003,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 53.153.240,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	CINCUENTA Y TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE										

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
AÑO 2023	$ 4.000.000,00			$ 4.000.000,00	$ -
AÑO 2024	$ 73.300.000,00	$ 99.550.000,00		$ 81.350.042,00	$ 91.499.958,00
AÑO 2025	$ 75.500.000,00				$ 75.500.000,00
AÑO 2026	$ 46.300.000,00				$ 46.300.000,00
AÑO 2027	$ -			$ -	$ -
TOTAL CONTRATO	$ 199.100.000,00	$ -	$ -	$ 85.350.042,00	$ 213.299.958,00

Nombre del Supervisor	**LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ**	**Fecha de notificación:**	**18/12/2023**
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**		**FECHA DE TERMINACION**
	26/12/2023		**31/07/2026**
Vigencia del Contrato:	**31/07/2026**		
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 _____JUNIO 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 (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:	**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		