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:	31/08/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**AGOSTO**

No. de Contrato:	CTO - 178/2024				**VALOR**	$	179.864.504,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SI-005-2024-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	WORLD MEDICAL S.A.S				**NIT/ CC**	830065332			
Clase de Contrato	SUMINISTROS				**Modalidad de Contratación**	**SELECCION ABREVIADA SUBASTA**			
Cuenta Bancaria No.	0560450769998904		**Banco:**	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta:**	Ahorros		Corriente	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	33-44-101250239	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS DEL ESTADO	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**		5/06/2024			

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	172324	4/02/2024			254124	4/06/2024	WM77664	1/08/2024	ZE000000012945	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 9.372.143,00
							WM77831	14/08/2024	ZE000000013227	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 8.496.100,00
							WM77920	21/08/2024	ZE000000013344	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 14.162.500,00
							WM77969	23/08/2024	ZE000000013351	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 1.222.368,00
							WM77970	26/08/2024	ZE000000013408	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 4.583.880,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 37.836.991,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	TREINTA Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y UN 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 2024	$ 179.864.504,00	$ 20.000.000,00		$ 161.971.466,00	$ 37.893.038,00
TOTAL CONTRATO	$ 179.864.504,00	$ 20.000.000,00	$ -	$ 161.971.466,00	$ 37.893.038,00

Nombre del Supervisor	**LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ**	**Fecha de notificación:** 04/06/2024
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO** 6/06/2024	**FECHA DE TERMINACION** 30/11/2024
Vigencia del Contrato:	30/11/2024	
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:

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**	
			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		