HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CODIGO: 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:	30/09/2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	SEPTIEMBRE

No. de Contrato:	CTO - 441/2023	VALOR	$	1.930.450.000,00	
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	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	EDWARDS LIFESCIENCES COLOMBIA SAS	NIT/ CC	900618831		
Clase de Contrato	SUMINISTROS	Modalidad de Contratación	LICITACIÓN PÚBLICA		

Cuenta Bancaria No.	359061983	Banco:	BANCO DE BOGOTA S. A.	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente		
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	11-44--101214496	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	18/12/2023				

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	79924	9/01/2024			79924	9/01/2024	30283	3/09/2024	ZE000000013643	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 10.548.000,00
							30326	6/09/2024	ZE000000013704	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 10.548.000,00
							30363	11/09/2024	ZE000000013918	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 18.000.000,00
							30382	13/09/2024	ZE000000013920	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 18.000.000,00
							30457	24/09/2024	ZE000000014120	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 18.000.000,00
							30458	24/09/2024	ZE000000014121	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 20.000.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 95.096.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: NOVENTA Y CINCO MILLONES NOVENTA Y SEIS 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)
AÑO 2023	$ 31.350.000,00			$ 31.350.000,00	$ -
AÑO 2024	$ 706.000.000,00			$ 351.894.000,00	$ 354.106.000,00
AÑO 2025	$ 742.200.000,00				$ 742.200.000,00
AÑO 2026	$ 450.900.000,00				$ 450.900.000,00
AÑO 2027	$ -				$ -
TOTAL CONTRATO	$ 1.930.450.000,00	$ -	$ -	$ 383.244.000,00	$ 1.547.206.000,00

Nombre del Supervisor	LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ	Fecha de notificación:	12/12/2023
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO: 19/12/2023	FECHA DE TERMINACION: 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 _____SEPTIEMBRE 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	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
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

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		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		