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:	5/11/2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	OCTUBRE

No. de Contrato:	071-2024	VALOR	276.483.000,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-004-2024-HOMIL		
Objeto	"SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS PARA REEMPLAZO PERCUTÁNEO DE VÁLVULA CARDIACA PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA QUIRÚRGICO EN SALAS DE CIRUGÍA Y HEMODINAMIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	C.T.P MEDICA S.A	NIT/ CC	800.121.151-5
Clase de Contrato	Suministros	Modalidad de Contratación	Selección abreviada menor cuantía

Cuenta Bancaria No.	14105763494	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	33-44-101248392	Aseguradora (Si aplica):	COMPAÑÍA ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	10-4-24

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	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
2024	143624	8/2/2024	N/A	N/A	2005	11/4/2024	SEPTIEMBRE	-	-	-	$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ -

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: N/A

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2024	276.483.000,00	-	-	67.579.800,00	208.903.200,00
TOTAL CONTRATO	$ 276.483.000,00	$ -	$ -	$ 67.579.800,00	$ 208.903.200,00

Nombre del Supervisor:	LUISA FERNANDA ACERO MUÑOZ	Fecha de notificación:	4/09/2024

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Plazo de ejecución	12/4/2024	31/12/2024
Vigencia del Contrato:	vigencia igual al plazo de ejecución y seis (6) meses más.	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: PARA EL MES DE OCTUBRE NO SE FACTURA NINGIUN TIPO DE SUMINISTRO CON CARGO A ESTE CONTRATO

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 $ 6.808.000 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:	LUISA FERNANDA ACERO MUÑOZ	
NÚMERO DE CEDULA:	1022381861	
CELULAR : 3214462111		CORREO: LFACERO@HOMIL.GOV.CO

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	N/A	0
Acta de supervisión y/o Factura	N/A	0
Pago de Seguridad Social	N/A	0