

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:	31/10/2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	OCTUBRE								
No. de Contrato:	CTO - 175/2024				VALOR	\$	18.527.376,00								
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	SHERLEG LABORATORIES SAS				NIT/ CC	900539662									
Clase de Contrato	SUMINISTROS				Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA									
Cuenta Bancaria No.	29988914764		Banco:	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X					
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CBC-100057029		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	12/06/2024								
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	23/04/2024			254024	4/06/2024	N/A	N/A	N/A	N/A					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$	-			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:											CERO 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	\$ 18.527.376,00								\$ 18.527.376,00						
TOTAL CONTRATO	\$ 18.527.376,00		\$ -		\$ -		\$ -		\$ 18.527.376,00						
Nombre del Supervisor LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ													Fecha de notificación: 04/06/2024		
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION								
		11/06/2024					30/11/2024								
Vigencia del Contrato:		30/11/2024													
Prorrogas:		En tiempo													
		1-													
		2-													
		3-													
NOTA 1: N/A															
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 continuación:															
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)	CANTID AD	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: EN ESTE MES NO HUBO MOVIMIENTO PRESUPUESTAL															
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		