| 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 - 176/2024** | | | **VALOR** | **$ 74.902.998,00** | | |
| **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** | **SURGICON & CIA SAS** | | | **NIT/ CC** | **860519267** | | |
| **Clase de Contrato** | **SUMINISTROS** | | | **Modalidad de Contratación** | **SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA** | | |
| **Cuenta Bancaria No.** | **03251926701** | **Banco:** | **BANCOLOMBIA S.A.** | **Tipo de Cuenta:** | **Ahorros** | **Corriente** | **X** |
| **Garantía Cumplimiento (Si aplica) :** | **CBC-100057445** | **Aseguradora (Si aplica):** | **SEGUROS MUNDIAL** | **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** | **25/06/2024** | | |

| 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 | 27/06/2024 | | | 260824 | 27/06/2024 | 112249 | 23/10/2024 | ZE000000014752 | FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD | $ 6.286.888,00 |
| | | | | | | | | | | | |
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO** | | | | | | | | | | | **$ 6.286.888,00** |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:** SIES MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO 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 | $ 74.902.998,00 | | | $ 58.809.471,00 | $ 16.093.527,00 |
| TOTAL CONTRATO | $ 74.902.998,00 | $ - | $ - | $ 58.809.471,00 | $ 16.093.527,00 |

| | | |
|---|---|---|
| **Nombre del Supervisor** | **LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ** | **Fecha de notificación:** **11/06/2024** |
| **Plazo de ejecución** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINACION** |
| | **27/06/2024** | **31/10/2024** |
| **Vigencia del Contrato:** | **31/10/2024** | |
| **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 _____ _____ 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 | | 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 | | |