| 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 - 328/2024 | | | VALOR | $ 38.000.000,00 | | | | |
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual | MC-257-2024-HOMIL | | | | | | | | |
| Objeto | SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS (Válvulas De AHMED y Sondas Desechables del servicio De Oftalmología) REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA QUIRÚRGICO DE OFTALMOLOGIA EN SALAS DE CIRUGÍA Y PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, SE ADJUDICA LOTE 1. | | | | | | | | |
| Nombre de Contratista | ROCOL INTERNATIONAL S.A.S. | | | NIT/ CC | 900895205 | | | | |
| Clase de Contrato | SUMINISTROS | | | Modalidad de Contratación | MINIMA CUANTIA | | | | |
| Cuenta Bancaria No. | 48349697569 | Banco: | BANCOLOMBIA S.A. | Tipo de Cuenta: | Ahorros | | Corriente | X | |
| Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | 85-44-101132178-0 | Aseguradora (Si aplica): | SEGUROS DEL ESTADO S.A | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 2/10/2024 | | | | |

| 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 | 170424 | 30/09/2024 | | | 343224 | 30/09/2024 | FEI3349 | 4/10/2024 | ZE000000014317 | FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD | $ 37.800.000,00 |
| | | | | | | | | | | | |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | $ 37.800.000,00 |
| VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: | TREINTA Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS 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) |
|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA AÑO 2024 | $ 38.000.000,00 | | | $ 37.800.000,00 | $ 200.000,00 |
| TOTAL CONTRATO | $ 38.000.000,00 | $ - | $ - | $ 37.800.000,00 | $ 200.000,00 |

| Nombre del Supervisor LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ | | Fecha de notificación: 27/09/2024 | |
|---|---|---|---|
| Plazo de ejecución | | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
| | | 3/10/2024 | 15/12/2024 |
| Vigencia del Contrato: | | 15/12/2024 | |
| 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 _____OCTUBRE 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** (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 $ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

| INFORMACIÓN GENERAL | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Entidad | N° Planilla | Fecha de pago | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS PROFESIONALES | |
| | | | Entidad | Valor | Entidad | Valor | Entidad | Valor |
| | | | | | | | | |



| 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 | | |