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 - 445/2023**			**VALOR**	**$ 3.579.782.000,00**		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	**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	**KCI COLOMBIA SAS**			**NIT/ CC**	**900894722**		
Clase de Contrato	**SUMINISTROS**			**Modalidad de Contratación**	**LICITACIÓN PÚBLICA**		
Cuenta Bancaria No.	**0089974011**	**Banco:**	**CITIBANK COLOMBIA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente** **X**
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**73104**	**Aseguradora (Si aplica):**	**BERKLEY INTERNATIONAL**	**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	85624	9/01/2024			85624	9/01/2024	KCIF33630	1/10/2024	ZE000000014233	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 175.293.481,00
							KCIF33669	2/10/2024	ZE000000014247	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 2.564.661,00
							KCIF33774	4/10/2024	ZE000000014314	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 7.808.782,00
							KCIF33943	11/10/2024	ZE000000014509	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 7.808.782,00
							KCIF33981	15/10/2024	ZE000000014560	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 20.823.420,00
							KCIF33973	15/10/2024	ZE000000014562	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 10.411.710,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 224.710.836,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: **DOSCIENTOS VEINTICUATRO MILLONES SETECIENTOS DIEZ MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS 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	$ 22.500.000,00	$ 100.000.000,00		$ 122.500.000,00	$ -
AÑO 2024	$ 1.072.000.000,00	$ 600.000.000,00		$ 1.351.602.403,00	$ 320.397.597,00
AÑO 2025	$ 1.106.732.000,00				$ 1.106.732.000,00
AÑO 2026	$ 678.550.000,00				$ 678.550.000,00
AÑO 2027	$ -				
TOTAL CONTRATO	$ 2.879.782.000,00	$ 700.000.000,00	$ -	$ 1.474.102.403,00	$ 2.105.679.597,00

Nombre del Supervisor	**LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ**	**Fecha de notificación:**	**13/12/2023**
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**	
	19/12/2023	**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 _____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

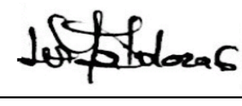
OBSERVACIONES:

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**	
			Entidad	**Valor**	**Entidad**	**Valor**

RIESGOS PROFESIONALES					
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		