

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 - 456/2023				VALOR		\$		530.598.000,00					
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	SHERLEG LABORATORIES SAS				NIT/ CC		900539662							
Clase de Contrato	SUMINISTROS				Modalidad de Contratación		LICITACIÓN PÚBLICA							
Cuenta Bancaria No.	21002942253		Banco:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.		Tipo de Cuenta:	Ahorros			Corriente	X			
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CBC-100052630		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		15/12/2023						
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	71924	9/01/2024			71924	9/01/2024	86508	8/10/2024	ZE000000014382	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 20.869.250,00			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$ 20.869.250,00				
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: VEINTE MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA 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	\$ 8.500.000,00						\$ 8.500.000,00		\$ -					
AÑO 2024	\$ 193.800.000,00						\$ 162.747.578,00		\$ 31.052.422,00					
AÑO 2025	\$ 203.769.000,00								\$ 203.769.000,00					
AÑO 2026	\$ 124.529.000,00								\$ 124.529.000,00					
AÑO 2027	\$ -						\$ -		\$ -					
TOTAL CONTRATO	\$ 530.598.000,00		\$ -		\$ -		\$ 171.247.578,00		\$ 359.350.422,00					
Nombre del Supervisor LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ						Fecha de notificación: 11/12/2023								
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		15/12/2023				31/07/2026								
Vigencia del Contrato:														
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporato la certificación de los aportes parafiscales de fecha SEPTIEMBRE 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	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
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		