

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		PAGINA 1 DE 2	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI			

Fecha:	30/11/2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	NOVIEMBRE
--------	------------	-----------------------	---	-------------------	--	--	-----------

No. de Contrato:	CTO - 343/2024		VALOR	\$ 216.462.777,36				
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SI-012-2024-HOMIL							
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS REQUERIDOS POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL VIGENCIAS 2024-2025 -LOTE 10.							
Nombre de Contratista	MEDTRONIC COLOMBIA S.A.		NIT/ CC	830025149				
Clase de Contrato	SUMINISTROS		Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA				
Cuenta Bancaria No.	0065140012	Banco:	CITIBANK COLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	11-46-101065455	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		24/10/2024		

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	215924	10/10/2024			373024	31/10/2024	MDTC4128753849	5/11/2024	ZE000000015032	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 16.810.321,00
							MDTC4128756496	14/11/2024	ZE000000015223	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 2.766.583,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	\$ 19.576.904,00
----------------------------	------------------

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	DIECINUEVE MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUATRO 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	\$ 50.194.500,00			\$ 19.576.904,00	\$ 30.617.596,00
VIGENCIA AÑO 2025	\$ 166.268.277,36				
TOTAL CONTRATO	\$ 216.462.777,36	\$ -	\$ -	\$ 19.576.904,00	\$ 30.617.596,00

Nombre del Supervisor	LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ	Fecha de notificación:	16/10/2024
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
	1/11/2024		15/09/2025
Vigencia del Contrato:	15/09/2025		
Prorrogas:	En tiempo		
	1-		
	2-		
	3-		

NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporla la certificación de los aportes parafiscales de fecha NOVIEMBRE 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)	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

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		
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		