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:	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 - 441/2023				**VALOR**	$ 1.930.450.000,00			
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	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	EDWARDS LIFESCIENCES COLOMBIA SAS				**NIT/ CC**	900618831			
Clase de Contrato	SUMINISTROS				**Modalidad de Contratación**	**LICITACIÓN PÚBLICA**			
Cuenta Bancaria No.	359061983	**Banco:**	BANCO DE BOGOTA S. A.	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	X	**Corriente**		
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	11-44--101214496	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	**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	79924	9/01/2024			79924	9/01/2024	30688	1/11/2024	ZE000000015017	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 1.475.000,00
							30681	29/10/2024	ZE000000015033	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 10.548.000,00
							30680	29/10/2024	ZE000000015034	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 20.000.000,00
							30751	6/11/2024	ZE000000015136	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 10.548.000,00
							30797	13/11/2024	ZE000000015230	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 3.600.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 46.171.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUARENTA Y SEIS MILLONES CIENTO SETENTA Y UN 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)
AÑO 2023	$ 31.350.000,00			$ 31.350.000,00	$ -
AÑO 2024	$ 706.000.000,00		$ 100.000.000,00	$ 475.713.000,00	$ 130.287.000,00
AÑO 2025	$ 742.200.000,00				$ 742.200.000,00
AÑO 2026	$ 450.900.000,00				$ 450.900.000,00
AÑO 2027	$ -				$ -
TOTAL CONTRATO	$ 1.930.450.000,00	$ -	$ 100.000.000,00	$ 507.063.000,00	$ 1.323.387.000,00

Nombre del Supervisor	LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ	**Fecha de notificación:**	12/12/2023
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 _____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)	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		