

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:	31/12/2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	DICIEMBRE
--------	------------	-----------------------	---	-------------------	--	--	-----------

No. de Contrato:	CTO - 328/2024				VALOR	\$ 38.000.000,00			
Nº 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	N/A	N/A	N/A	N/A	

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO		\$ -
----------------------------	--	------

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	CERO 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: N/A

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	OBSERVACI ONES
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:	EN ESTE MES NO HUBO MOVIMIENTO PRESUPUESTAL.
----------------	--

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		