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 - 459/2023	**VALOR**	$ 527.832.000,00
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	TM MEDICAS S.A.S	**NIT/ CC**	800108708
Clase de Contrato	SUMINISTROS	**Modalidad de Contratación**	LICITACIÓN PÚBLICA

Cuenta Bancaria No.	06510870804	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	45-44-101153030	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	18/12/2023			

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL												
VIGENCIA	**Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No**	**FECHA**	**DINAMICA No.**	**FECHA**	**Registro Presupuestal (RP) No.**	**FECHA CRP**	**No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO**	**FECHA FACTURA**	**ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO**	**ALMACEN AL QUE INGRESA**	**VALOR OBLIGACIÓN**
VIGENCIA AÑO 2024	80224	9/01/2024			80224	9/01/2024	FEV2641	10/12/2024	ZE000000015714	FTS	$ 3.332.000,00
							FEV2648	11/12/2024	ZE000000015742	FTS	$ 14.137.200,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 17.469.200,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	DIEZ Y SIETE MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS 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	$ 10.150.000,00			$ 10.150.000,00	$ -
AÑO 2024	$ 192.000.000,00		$ 70.000.000,00	$ 55.407.100,00	$ 66.592.900
AÑO 2025	$ 201.873.000,00				$ 201.873.000
AÑO 2026	$ 123.809.000,00				$ 123.809.000
AÑO 2027	$ -			$ -	$ -
TOTAL CONTRATO	$ 527.832.000,00	$ -	$ 70.000.000,00	$ 65.557.100,00	$ 392.274.900

Nombre del Supervisor	LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ	**Fecha de notificación:**	11/12/2023
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO** 19/12/2023	**FECHA DE TERMINACION** 31/07/2026	
Vigencia del Contrato:	31/07/2026		
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	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	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

OBSERVACIONES: El contratista con el ingreso de las facturas e insumos, aporto la certificación de los aportes parafiscales de fecha DICIEMBRE 2024

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		