

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 - 166/2024	VALOR	\$ 120.527.376,00
------------------	----------------	-------	-------------------

N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SI-005-2024-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	ALFA TRADING SAS	NIT/ CC	830041488
-----------------------	------------------	---------	-----------

Clase de Contrato	SUMINISTROS	Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA
-------------------	-------------	---------------------------	-------------------------------------

Cuenta Bancaria No.	011407789	Banco:	BANCO ITAU	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente
---------------------	-----------	--------	------------	-----------------	---------	---	-----------

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	3437324000081	Aseguradora (Si aplica):	MAPFRE SEGUROS	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	11/06/2024
-------------------------------------	---------------	--------------------------	----------------	---	------------

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	172324	24/04/2024			259324	7/06/2024	INST228985	15/11/2024	ZE000000015259	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 10.648.080,00
							INST229286	21/11/2024	ZE000000015750	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 39.945.444,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 50.593.524,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	CINCUENTA MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y TRES MIL QUINIENTOS VEINTICUATRO 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	\$ 120.527.376,00			\$ 102.072.440,00	\$ 18.454.936,00
TOTAL CONTRATO	\$ 120.527.376,00	\$ -	\$ -	\$ 102.072.440,00	\$ 18.454.936,00

Nombre del Supervisor	LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ	Fecha de notificación:	06/06/2024
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
	7/06/2024		30/11/2024
Vigencia del Contrato:	30/11/2024		
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 ____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 reacionado 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 EQUIPO	OBSERVACIONES
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
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO					CODIGO:	VERSIÓN
						Página:	10
							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		

\$ 102.072.440,00