

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:	28/02/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	FEBRERO
No. de Contrato:	CTO - 382/ 2024			VALOR	\$ 24.999.999,00	
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SI-015-2024-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 12.					
Nombre de Contratista	G BARCO SA			NIT/ CC	860044349	
Clase de Contrato	SUMINISTROS			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA	
Cuenta Bancaria No.	13401600933	Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros Corriente X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CBC-100062848	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL S.A.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	31/12/2024	
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL					
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP
VIGENCIA AÑO 2025	23925	8/01/2025	239	8/01/2025	21425	8/01/2025
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO						\$ 19.138.638,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:						DIECINUEVE MILLONES CIENTO TREINTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO 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	\$ 24.999.999,00			\$ 19.138.638,00	\$ 5.861.361,00
VIGENCIA AÑO 2025	\$ 82.811.996,69				\$ 82.811.996,69
TOTAL CONTRATO	\$ 107.811.995,69	\$ -	\$ -	\$ 19.138.638,00	\$ 88.673.357,69

Nombre del Supervisor	LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ	Fecha de notificación:	27/12/2024											
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION											
	7/01/2025		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 aporoto la certificación de los aportes parafiscales de fecha ____ FEBRERO 2025 ____ 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	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	CORREO: ltoloza@homil.gov.co	
CELULAR :			

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		