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:	31/3/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	MARZO
No. de Contrato:	CTO - 460/2023			VALOR	$	1.323.044.000,00	
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	UCIPHARMA S.A.			NIT/ CC	830070192		
Clase de Contrato	SUMINISTROS			Modalidad de Contratación	LICITACIÓN PÚBLICA		

Cuenta Bancaria No.	04811785051	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	18-44-101094529	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	13/12/2023			

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 2025	15525	8/1/2025	155	8/1/2025	13025	8/1/2025	UFE9665	4/3/2025	ZF000000017287	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 21.997.640,00
							UFE9834	12/3/2025	ZF000000017531	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 13.542.400,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 35.540.040,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TREINTA Y CINCO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA MIL CUARENTA 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	$ 24.500.000,00			$ 24.500.000,00	$ -
AÑO 2024	$ 483.600.000,00	$ 661.522.000,00	$ 47.450,00	$ 1.145.074.550,00	$ -
AÑO 2025	$ 505.144.000,00			$ 275.699.400,00	$ 229.444.600,00
AÑO 2026	$ 309.800.000,00				$ 309.800.000,00
AÑO 2027	$ -			$ -	$ -
TOTAL CONTRATO	$ 1.323.044.000,00	$ 661.522.000,00	$ 47.450,00	$ 1.445.273.950,00	$ 539.244.600,00

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

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	13/12/2023	31/7/2026
Vigencia del Contrato:	31/7/2026	
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 _____MARZO 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)	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	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES: LA FACTURA No. UFE9665 DE ESTA ENTRADA No. ZF17287 REEMPLAZA LA FACTURA No. UFE9648 DE FECHA 03/03/2025 ANULADA POR EL PROVEEDOR PORQUE NO SE RELACIONO LA INFORMACION DEL LOTE CORRECTAMENTE.

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		