

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	PAGINA 1 DE 2
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

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 - 461/2023		VALOR	\$	667.036.000,00	
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	VYGON COLOMBIA S.A		NIT/ CC	802000335		
Clase de Contrato	SUMINISTROS		Modalidad de Contratación	LICITACIÓN PÚBLICA		
Cuenta Bancaria No.	08302175991	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta:	Ahorros
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	NB-100299544	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL S. A.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	15/12/2023	

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	14625	8/1/2025	146	8/1/2025	12125	8/1/2025	101128686	21/2/2025	ZF000000017112	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 97.573.456,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 97.573.456,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: NOVENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS 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	\$ 10.450.000,00			\$ 10.450.000,00	\$ -
AÑO 2024	\$ 243.600.000,00		\$ 40.000.000,00	\$ 203.600.000,00	\$ -
AÑO 2025	\$ 256.023.000,00			\$ 96.548.914,00	\$ 159.474.086,00
AÑO 2026	\$ 156.963.000,00				\$ 156.963.000,00
AÑO 2027	\$ -			\$ -	\$ -
TOTAL CONTRATO	\$ 667.036.000,00	\$ -	\$ 40.000.000,00	\$ 310.598.914,00	\$ 316.437.086,00

Nombre del Supervisor	LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ	Fecha de notificación:	11/12/2023
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
	18/12/2023	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 aporla 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 reacionado a continuación:

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 (Instalad o/ existencia s almacén)	CANTID AD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVA CIONES
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

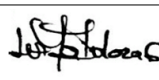
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

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	OBSERVA CIONES
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES: NOTA: ESTA FACTURA No. 101128686 REEMPLAZA LA FACTURA No. 101128565, LA CUAL SE CAMBIO POR REGISTRAR VALOR DIFERENTE AL PACTADO EN EL CONTRATO.

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 10
						Página:	2 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	Luz María Toloza González	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	39.648.310		
CELULAR :		CORREO: itoloza@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		