

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:	30/4/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	ABRIL
--------	-----------	-----------------------	---	-------------------	--	-------

No. de Contrato:	CTO - 306/2024		VALOR	\$	120.000.000,00
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CD-023-2024 HOMIL				

Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS REQUERIDOS POR LOS SERVICIOS QUE INCLUYEN LA UNIDAD CLÍNICO QUIRÚRGICA Y LA UNIDAD MEDICO HOSPITALARIA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS PACIENTES				
--------	---	--	--	--	--

Nombre de Contratista	EDWARDS LIFESCIENCES COLOMBIA SAS		NIT/ CC	900618831	
Clase de Contrato	SUMINISTROS		Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA	

Cuenta Bancaria No.	359061983	Banco:	BANCO DE BOGOTA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente
---------------------	-----------	--------	-----------------	-----------------	---------	---	-----------

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	11-44-101234539	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	12/9/2024		
-------------------------------------	-----------------	--------------------------	------------------------	---	-----------	--	--

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 2025	21525	8/1/2025	215	8/1/2025	19025	8/1/2025	N/A	N/A	N/A	N/A	

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	\$	-
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	CERO 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	\$ 120.000.000,00			\$ 54.004.104,00	\$ 65.995.896,00
VIGENCIA AÑO 2025	\$ 397.497.600,00				\$ 397.497.600,00
TOTAL CONTRATO	\$ 517.497.600,00	\$ -	\$ -	\$ 54.004.104,00	\$ 65.995.896,00

Nombre del Supervisor	LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ	Fecha de notificación:	05/09/2024
-----------------------	---------------------------	------------------------	------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	13/9/2024	15/9/2025
Vigencia del Contrato:	15/9/2025	
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 detallada el cuadro relacionado 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 (Instalado o existencia s 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: EN ESTE MES NO HUBO MOVIMIENTO PRESUPUESTAL.

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	Nº Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad
							Valor
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO					CODIGO:	VERSIÓN
						Página:	10
							2 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	Luz María Tolozá González	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	39.648.310	CORREO:	ltoloz@homil.gov.co
CELULAR :			

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		