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:	**31/05/2025**	**INFORME DE SUPERVISOR**	**X**	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**MAYO**

No. de Contrato:	**CTO - 343/2024**				**VALOR**	**$**	**216.462.777,36**		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	**SI-012-2024-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 10.**								
Nombre de Contratista	**MEDTRONIC COLOMBIA S.A.**				**NIT/ CC**		**830025149**		
Clase de Contrato	**SUMINISTROS**				**Modalidad de Contratación**		**SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA**		
Cuenta Bancaria No.	**0065140012**	**Banco:**	**CITIBANK COLOMBIA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**11-46-101065455**	**Aseguradora (Si aplica):**	**SEGUROS DEL ESTADO S.A**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**24/10/2024**				

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	22725	8/01/2025	227	8/01/2025	20225	8/01/2025	MDTC4128807005	2/05/2025	ZF000000018486	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 2.776.532,00
							MDTC4128807064	2/05/2025	ZF000000018487	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 3.201.766,00
							MDTC4128807004	2/05/2025	ZF000000018494	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 6.153.395,00
							MDTC4128808928	9/05/2025	ZF000000018612	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 5.584.599,00
							MDTC4128810127	14/05/2025	ZF000000018811	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 2.939.133,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 20.655.425,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: VEINTE MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS VEINTICINCO 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	$ 50.194.500,00			$ 50.194.500,00	$ -
VIGENCIA AÑO 2025	$ 166.268.277,36			$ 61.088.563,00	$ 105.179.714,36
TOTAL CONTRATO	$ 216.462.777,36	$ -	$ -	$ 111.283.063,00	$ 105.179.714,36

Nombre del Supervisor	**LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ**	**Fecha de notificación:** **16/10/2024**
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	1/11/2024	**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 aporto la certificación de los aportes parafiscales de fecha _____MAYO 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	NUMERO 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

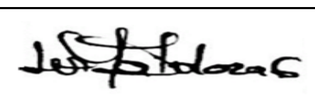
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO			No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO				FECHA DE MANTENIMIENTO		FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL	OBSERVACIONES
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES: N/A

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		