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 - 033/2025			VALOR	$ 151.050.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CD-012-2025-HOMIL						
Objeto	SUMINISTRO DEL SISTEMA DE TROMBOASPIRACIÓN INTELIGENTE PARA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	C.T.P. MEDICA S.A.			NIT/ CC	800121151		
Clase de Contrato	SUMINISTROS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA		
Cuenta Bancaria No.	14105763494	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente x
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	33-44-101261547	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	8/04/2025		

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	132425	28/01/2025			178125	10/04/202	124634	28/04/2025	ZF000000018389	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 50.350.000,00
							124633	28/04/2025	ZF000000018390	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 50.350.000,00
							124632	28/04/2025	ZF000000018409	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 50.350.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 151.050.000,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	CIENTO CINCUENTA Y UN MILLONES CINCUENTA MIL 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 2025	$ 151.050.000,00			$ 151.050.000,00	$ -
TOTAL CONTRATO	$ 151.050.000,00				$ -

Nombre del Supervisor	LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ	**Fecha de notificación:**	05/09/2024
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
	11/04/2025	30/12/2025	
Vigencia del Contrato:	30/12/2025		
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 _____ABRIL 2024_____ 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

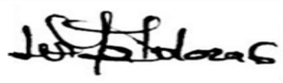
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO			No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO				FECHA DE MANTENIMIENTO		FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL	OBSERVACIONES
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES: SE APLICA NOTA CREDITO N°582 DE FECHA 28/04/2025 EMITIDA POR EL PROVEEDOR POR EL VALOR DE UN CANISTER YA QUE SE EXEDIA EL SALDO DEL CONTRATO
ESTA EN LA ESPERA DE CONFIRMACIÓN PARA POSIBLE ADICION DEL CONTRATO POR EL 50% DEL VALOR TOTAL.

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		