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:	**30/06/2025**	**INFORME DE SUPERVISOR**	**X**	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**JUNIO**

No. de Contrato:	**CTO - 434/2023**				**VALOR**	**$**	**197.065.000,00**		
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	**BECTON DICKINSON DE COLOMBIA LTDA**				**NIT/ CC**		**860020309**		
Clase de Contrato	**SUMINISTROS**				**Modalidad de Contratación**		**LICITACIÓN PÚBLICA**		
Cuenta Bancaria No.	**5056254074**	**Banco:**	**CITIBANK COLOMBIA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**		
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**NB-100300216**	**Aseguradora (Si aplica):**	**MUNDIAL DE SEGUROS SA**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**20/12/2023**				

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 2024	17025	8/01/2025	170	8/01/2025	14525	8/01/2025	N/A	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)**
AÑO 2023	$ 3.000.000,00			$ 3.000.000,00	$ -
AÑO 2024	$ 72.000.000,00	$ 98.972.750,00		$ 170.972.750,00	$ -
AÑO 2025	$ 75.672.000,00			$ 75.613.042,00	$ 58.958,00
AÑO 2026	$ 46.393.000,00				$ 46.393.000,00
AÑO 2027	$ -			$ -	$ -
TOTAL CONTRATO	$ 197.065.000,00	$ 98.972.750,00	$ -	$ 249.585.792,00	$ 46.451.958,00

Nombre del Supervisor	**LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ**	**Fecha de notificación:**	**15/12/2023**
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**	
	21/12/2023	**31/07/2026**	
Vigencia del Contrato:	**31/07/2026**		
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 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

OBSERVACIONES: CONTRATO SUSPENDICO HASTA EL 31/12/2025

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		