| 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 - 346/2024** | | | | **VALOR** | **$** | **227.700.962,24** | | |
| **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 7, 27, 36 y 37** | | | | | | | | |
| **Nombre de Contratista** | **TECNOLOGIAS MEDICAS COLOMBIA SAS** | | | | **NIT/ CC** | **900448208** | | | |
| **Clase de Contrato** | **SUMINISTROS** | | | | **Modalidad de Contratación** | **SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA** | | | |
| **Cuenta Bancaria No.** | **17877559582** | **Banco:** | **BANCOLOMBIA** | **Tipo de Cuenta:** | **Ahorros** | | **Corriente** | **X** | |
| **Garantía Cumplimiento (Si aplica) :** | **11-44-101237391** | **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** | **23125** | **8/01/2025** | **231** | **8/01/2025** | **20625** | **8/01/2025** | **FVE50826** | **30/05/2025** | **ZF000000018995** | **FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD** | **$ 17.333.192,00** |
| | | | | | | | **FVE50825DEV** | **30/05/2025** | **ZF000000018996** | **FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD** | **$ 17.333.192,00** |
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO** | | | | | | | | | | | **$ 34.666.384,00** |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:** **TREINTA Y CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO 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** | **$ 52.800.468,00** | | | **$ 52.095.198,00** | **$ 705.270,00** |
| **VIGENCIA AÑO 2025** | **$ 174.900.494,24** | | | | **$ 174.900.494,24** |
| **TOTAL CONTRATO** | **$ 227.700.962,24** | **$ -** | **$ -** | **$ 52.095.198,00** | **$ 175.605.764,24** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre del Supervisor** | **LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ** | **Fecha de notificación:** | **17/10/2024** |
| **Plazo de ejecución** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINACION** | |
| | **5/11/2024** | **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

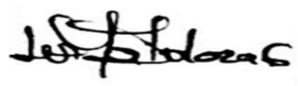
| **DESCRIPCION DEL EQUIPO** | **SERIE** | **PLACA** | **AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO** | | **No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO** | | | | **FECHA DE MANTENIMIENTO** | | **FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO** | **FECHA DE SALIDA DEL** | **OBSERVACIONES** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
| | | | | | | | | | | | | | |

**OBSERVACIONES: LA FACTURA DE ESTA ENTRADA SE REINGRESA PORQUE EN LA ENTRADA N° ZF18994 OBLIGACION 11598 QUE FUE ENULADA SE TOMO PRESUPUESTO DE VIGENCIA CUANDO TODAVIA QUEDABA RESERVA**

**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** | | |