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:	**31/07/2025**	**INFORME DE SUPERVISOR**	**X**	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**JULIO**

No. de Contrato:	**CTO - 449/2023**				**VALOR**	**$**	**4.615.774.000,00**		
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	**M&M EQUIPOS MEDICOS SAS**				**NIT/ CC**	**830146016**			
Clase de Contrato	**SUMINISTROS**				**Modalidad de Contratación**	**LICITACIÓN PÚBLICA**			
Cuenta Bancaria No.	**474769999704**	**Banco:**	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**21-44-101432460**	**Aseguradora (Si aplica):**	**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**15/12/2023**				

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 2025	13025	8/01/2025	130	8/01/2025	10525	8/01/2025	FEMM12241	25/06/2025	ZF000000019460	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 31.501.680,00
							FEMM12248	1/07/2025	ZF000000019520	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 1.785.650,00
							FEMM12286	3/07/2025	BF000000003629	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 20.672.449,00
							FEMM12311	7/07/2025	ZF000000019625	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 1.785.650,00
							FEMM12378	11/07/2025	ZF000000019813	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 94.483.240,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 150.228.669,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: **CIENTO CINCUENTA MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE 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	$ 33.100.000,00			$ 33.100.000,00	$ -
AÑO 2024	$ 1.699.920.000,00	$ 350.000.000,00		$ 2.049.920.000,00	$ -
AÑO 2025	$ 1.786.668.000,00			$ 1.266.739.357,00	$ 519.928.643,00
AÑO 2026	$ 1.096.086.000,00				$ 1.096.086.000,00
AÑO 2027	$ -			$ -	$ -
TOTAL CONTRATO	$ 4.615.774.000,00	$ 350.000.000,00	$ -	$ 3.349.759.357,00	$ 1.616.014.643,00

Nombre del Supervisor	**LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ**	**Fecha de notificación:**	**7/12/2023**
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**	
	18/12/2023	**31/07/2026**	
Vigencia del Contrato:	**31/07/2026**		
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 _____JULIO 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

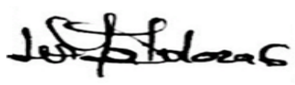
DESCRIPCION DEL EQUIPO	**SERIE**	**PLACA**	**AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO**			**No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO**				**FECHA DE MANTENIMIENTO**		**FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO**	**FECHA DE SALIDA DEL**	**OBSERVACIONES**
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES:

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		