

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:	31/08/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	AGOSTO				
No. de Contrato:	CTO - 456/2023			VALOR	\$ 530.598.000,00						
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	SHERLEG LABORATORIES SAS			NIT/ CC	900539662						
Clase de Contrato	SUMINISTROS			Modalidad de Contratación	LICITACIÓN PÚBLICA						
Cuenta Bancaria No.	21002942253	Banco:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.		Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X		
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CBC-100052630	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL	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	14025	8/01/2025	140	8/01/2025	11525	8/01/2025	93572	6/08/2025	ZF000000020222	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 25.512.310,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$ 25.512.310,00	

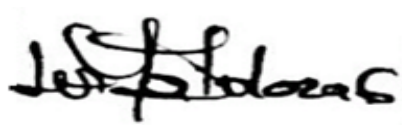
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:		VEINTICINCO MILLONES QUINIENTOS DOCE MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE			
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
AÑO 2023	\$ 8.500.000,00			\$ 8.500.000,00	\$ -
AÑO 2024	\$ 193.800.000,00			\$ 193.800.000,00	\$ -
AÑO 2025	\$ 203.769.000,00			\$ 172.301.249,00	\$ 31.467.751,00
AÑO 2026	\$ 124.529.000,00				\$ 124.529.000,00
AÑO 2027	\$ -			\$ -	\$ -
TOTAL CONTRATO	\$ 530.598.000,00	\$ -	\$ -	\$ 374.601.249,00	\$ 155.996.751,00

Nombre del Supervisor LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ										Fecha de notificación: 11/12/2023				
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION							
		15/12/2023					31/07/2026							
Vigencia del Contrato:														
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporoto 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	NÚMERO 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 anexas 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		