| 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:** | **30/09/2025** | **INFORME DE SUPERVISOR** | **X** | **TRAMITE PARA PAGO** | | **MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME** | **SEPTIEMBRE** |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. de Contrato:** | **CTO - 435/2023** | | | | **VALOR** | **$** | **94.450.000,00** | | |
| **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** | **BIOCLINICOS DE COLOMBIA SAS** | | | | **NIT/ CC** | **830054700** | | | |
| **Clase de Contrato** | **SUMINISTROS** | | | | **Modalidad de Contratación** | **LICITACIÓN PÚBLICA** | | | |
| **Cuenta Bancaria No.** | **67446587733** | **Banco:** | **BANCOLOMBIA S.A.** | **Tipo de Cuenta:** | **Ahorros** | | **Corriente** | **X** | |
| **Garantía Cumplimiento (Si aplica) :** | **33-46-101054770** | **Aseguradora (Si aplica):** | **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** | **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 2025 | 16525 | 8/01/2025 | 165 | 8/01/2025 | 14025 | 8/01/2025 | 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 | $ 1.750.000,00 | | | $ 1.750.000,00 | $ - |
| AÑO 2024 | $ 33.000.000,00 | | $ 13.062.517,00 | $ 19.937.483,00 | $ - |
| AÑO 2025 | $ 37.000.000,00 | | | $ 25.909.188,00 | $ 11.090.812,00 |
| AÑO 2026 | $ 22.700.000,00 | | | | $ 22.700.000,00 |
| AÑO 2027 | $ - | | | $ - | $ - |
| TOTAL CONTRATO | $ 94.450.000,00 | $ - | $ 13.062.517,00 | $ 47.596.671,00 | $ 33.790.812,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre del Supervisor** | **LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ** | **Fecha de notificación:** | **12/12/2023** |

| | | |
|---|---|---|
| **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

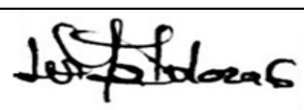
| DESCRIPCION DEL EQUIPO | SERIE | PLACA | AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO | | | No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO | | | | FECHA DE MANTENIMIENTO | | FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO | FECHA DE SALIDA DEL | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A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

**OBSERVACIONES**: **NO HUBO MOVIMIENTO EN EL MES**

**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 | | |