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 - 347/2024		VALOR	$	222.505.313,65
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 39 y 40.				
Nombre de Contratista	WORLD MEDICAL S.A.S.☐		NIT/ CC		830065332
Clase de Contrato	SUMINISTROS		Modalidad de Contratación		SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA

Cuenta Bancaria No.	0560450769998904	Banco:	BANCO DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	33-44-101254629	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	15/10/2024			

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	22225	8/01/2025	222	8/01/2025	19725	8/01/2025	WM82579	29/08/2025	ZF000000020721	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 378.360,00
							WM82580	29/08/2025	ZF000000020743	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 5.690.640,00
							WM82637	3/09/2025	ZF000000020816	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 2.890.250,00
							WM82851	16/09/2025	ZF000000021123	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 8.236.056,00
							WM82952	22/09/2025	ZF000000021186	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 5.344.335,00
							WM82940	22/09/2025	ZF000000021187	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 5.690.640,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 28.230.281,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: VEINTIOCHO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y UN 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	$ 70.798.546,00			$ 70.798.546,00	$ -
VIGENCIA AÑO 2025	$ 151.706.767,65			$ 148.608.875,00	$ 3.097.892,65
TOTAL CONTRATO	$ 222.505.313,65			$ 219.407.421,00	$ 3.097.892,65

Nombre del Supervisor	LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ	Fecha de notificación:	31/05/2024
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
	16/10/2024	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 _____SEPTIEMBRE 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

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		