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 - 154-2025			VALOR	$ 946.333.000,00				
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SI-002-2025-HOMIL								
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS REQUERIDOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL (LOTES 18, 19, 22, 23, 55 Y 60)								
Nombre de Contratista	Boston Scientific Colombia			NIT/ CC	830039229				
Clase de Contrato	SUMINISTROS			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA				
Cuenta Bancaria No.	0490005303	Banco:	BBVA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	14-44-101240321	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	18/07/2025				

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	256525	17/07/2025			139925	14/02/2025	772291	8/09/2025	ZF000000020879	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 13.710.790,00
							766715	29/07/2025	ZF000000020987	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 10.283.092,00
							767323	1/08/2025	ZF000000021094	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 19.270.904,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 43.264.786,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	CUARENTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SEIS 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 2025	$ 946.333.000,00			$ 63.830.970,00	$ 882.502.030,00
TOTAL CONTRATO	$ 946.333.000,00				$ 882.502.030,00

Nombre del Supervisor LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ		Fecha de notificación: 24-07-2025	
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
	24/07/2025	30/12/2025	
Vigencia del Contrato:	30/12/2025		
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	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 EQUIPO	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

OBSERVACIONES:SE IMPORTA REMISIION DE ENTRADA VB0196-NO SE IMPORTA LA REMISION DE ENTRADA VB0197 YA QUE LOS VALORES NO CORRESPONDEN A LA FACTURA, SE INGRESA A LA FECHA YA QUE LAS RECIBIO EL QF JOHAN SANCHEZ

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		