| 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:** | **31/12/2025** | **INFORME DE SUPERVISOR** | **X** | **TRAMITE PARA PAGO** | | **MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME** | **DICIEMBRE** |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. de Contrato:** | **CTO - 340/2024** | | | | **VALOR** | **$** | **2.587.488,00** | | |
| **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 55.** | | | | | | | | |
| **Nombre de Contratista** | **LABORATORIOS GOTHAPLAST LTDA** | | | | **NIT/ CC** | **830061856** | | | |
| **Clase de Contrato** | **SUMINISTROS** | | | | **Modalidad de Contratación** | **SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA** | | | |
| **Cuenta Bancaria No.** | **25004683300** | **Banco:** | **BANCOLOMBIA** | **Tipo de Cuenta:** | **Ahorros** | **X** | **Corriente** | | |
| **Garantía Cumplimiento (Si aplica) :** | **NB-100349856** | **Aseguradora (Si aplica):** | **SEGUROS MUNDIAL** | **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** | **17/10/2024** | | | | |

| **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 | 22025 | 8/01/2025 | 220 | 8/01/2025 | 19525 | 8/01/2025 | FEV62998 | 1/12/2025 | ZF000000022389 | FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD | $ 962.949,00 |
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO** | | | | | | | | | | | $ 962.949,00 |
| **VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:** | **NOVECIENTOS SESENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS CUARENTA 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)** |
|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA AÑO 2024 | $ 600.000,00 | | | $ 600.000,00 | $ - |
| VIGENCIA AÑO 2025 | $ 1.987.488,00 | | | $ 1.898.851,00 | $ 88.637,00 |
| TOTAL CONTRATO | $ 2.587.488,00 | $ - | $ - | $ 600.000,00 | $ 88.637,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre del Supervisor** | **LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ** | **Fecha de notificación:** | **01/12/2025** |
| **Plazo de ejecución** | | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINACION** |
| | | **18/10/2024** | **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 _____NOVIEMBRE 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

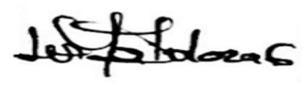
| **DESCRIPCION DEL EQUIPO** | **SERIE** | **PLACA** | **AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO** | | | **No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO** | | | | **FECHA DE MANTENIMIENTO** | | **FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO** | **FECHA DE SALIDA DEL** | **OBSERVACIONES** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|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