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 - 381/2024**	**VALOR**	**$ 65.883.750,00**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	**SI-015-2024-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 10**		
Nombre de Contratista	**LIVANOVA COLOMBIA SAS☐**	**NIT/ CC**	**900839128**
Clase de Contrato	**SUMINISTROS**	**Modalidad de Contratación**	**SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA**

Cuenta Bancaria No.	**0833025786**	**Banco:**	**BBVA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**4184002**	**Aseguradora (Si aplica):**	**SEGUROS GENERALES SURA**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**30/12/2024**			

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	23425	8/1/2025	234	8/1/2025	20925	8/1/2025	FE21554	2/12/2025	ZF000000022480	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 35.861.149,00
							FE21662	15/12/2025	ZF000000022793	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 17.930.574,00
							FE21769	24/12/2025	ZF000000022964	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 53.791.724,00
							FE21786	29/12/2025	ZF000000023018	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 3.516.621,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 111.100.068,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: **CIENTO ONCE MILLONES CIEN MIL SESENTA Y OCHO 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	$ 65.883.750,00			$ 65.883.750,00	$ -
VIGENCIA AÑO 2025	$ 218.238.604,20			$ 206.785.969,00	$ 7.936.014,00
TOTAL CONTRATO	$ 284.122.354,20	$ -	$ -	$ 272.669.719,00	$ 7.936.014,00

Nombre del Supervisor	**LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ**	**Fecha de notificación: 01/12/2025**

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Plazo de ejecución	**31/12/2024**	**15/9/2025**
Vigencia del Contrato:	**15/9/2025**	
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 _____DICIEMBRE 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	MARCA	NUMERO DE SERIE DEL	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE	FECHA DE INGRESO	NUMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado	CANTIDAD	NUMERO DE REPORTE DE	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	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

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		