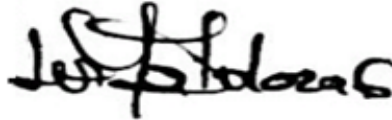


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05						
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024						
		MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10						
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES												
		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 - 033/2025				VALOR		\$		151.050.000,00					
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CD-012-2025-HOMIL													
Objeto	SUMINISTRO DEL SISTEMA DE TROMBOASPIRACIÓN INTELIGENTE PARA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	C.T.P. MEDICA S.A.				NIT/ CC		800121151							
Clase de Contrato	SUMINISTROS				Modalidad de Contratación		CONTRATACION DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.	14105763494		Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	x				
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	33-44-101261547		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		8/04/2025						
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	132425	28/01/2025			178125	10/04/202	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)				
VIGENCIA AÑO 2025	\$ 151.050.000,00							\$ 151.050.000,00		\$ -				
TOTAL CONTRATO	\$ 151.050.000,00							\$ 151.050.000,00		\$ -				
Nombre del Supervisor LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ												Fecha de notificación: 01/12/2025		
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO						FECHA DE TERMINACION						
		11/04/2025						30/12/2025						
Vigencia del Contrato:		30/12/2025												
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 continuación:														
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)	CANTID AD	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	Entidad	Valor				
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO									CÓDIGO:		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		