

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						PAGINA 1 DE 2						
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI												
Fecha:	30/4/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	ABRIL							
No. de Contrato:	CTO - 398/2023			VALOR	\$	2.134.750.000,00								
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-022-2023-HOMIL													
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA QUIRÚRGICO DE OFTALMOLOGIA EN SALAS DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL".													
Nombre de Contratista	LABORATORIOS ALCON DE COLOMBIA S.A.			NIT/ CC	860019041									
Clase de Contrato	SUMINISTROS			Modalidad de Contratación	LICITACIÓN PÚBLICA									
Cuenta Bancaria No.	20590897014	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente						
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	NB-100294118	Aseguradora (Si aplica):	MUNDIAL DE SEGUROS S A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	23/11/2023									
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
VIGENCIA AÑO 2025	12225	8/1/2025	122	8/1/2025	9725	8/1/2025	FE665668	27/3/2025	ZF000000017868	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 1.630.101,00			
							FE665665	27/3/2025	ZF000000017869	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 31.406.928,00			
							FE666852	10/4/2025	ZF000000018166	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 82.563.694,00			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 115.600.723,00			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:											CIENTO QUINCE MILLONES SEISCIENTOS MIL SETECIENTOS VEINTITRÉS PESOS M/CTE			
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)						
AÑO 2023	\$ 62.750.000,00					\$ 62.750.000,00		\$ -						
AÑO 2024	\$ 725.000.000,00	\$ 744.000.000,00				\$ 1.469.000.000,00		\$ -						
AÑO 2025	\$ 834.000.000,00					\$ 623.519.988,00		\$ 210.480.012,00						
AÑO 2026	\$ 513.000.000,00							\$ 513.000.000,00						
AÑO 2027	\$ -													
TOTAL CONTRATO	\$ 2.134.750.000,00	\$ -		\$ -		\$ 2.155.269.988,00		\$ 723.480.012,00						
Nombre del Supervisor LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ						Fecha de notificación: 22/11/2023								
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		23/11/2023				31/7/2026								
Vigencia del Contrato:		31/7/2026												
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporato la certificación de los aportes parafiscales de fecha ABRIL 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 reacionado 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 o existencia s 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:N/A														
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	Nº 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					CORREO: Itoloza@homil.gov.co				
CELULAR :														
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:														
DOCUMENTOS					SI					Nº FOLIOS				
Informe de Actividades con sus soportes														
Acta de supervisión y/o Factura														
Pago de Seguridad Social														