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:	31/08/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	AGOSTO
No. de Contrato:	CTO - 398/2023			VALOR	$ 1.067.000.000,00		
N° 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	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	12225	8/01/2025	122	8/01/2025	9725	8/01/2025	FE677067	4/08/2025	ZF000000020190	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 88.408.523,00
							FE677056	4/08/2025	ZF000000020191	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 89.262.943,00
							FE677215	5/08/2025	ZF000000020249	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 10.699.180,00
							FE678260	13/08/2025	ZF000000020399	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 39.223.320,00
							FE678711	19/08/2025	ZF000000020458	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 1.630.101,00
							FE678953	20/08/2025	ZF000000020487	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 7.174.126,00
							FE679327	22/08/2025	ZF000000020573	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 60.861.098,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 297.259.291,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y UN 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	$ 323.000.000,00		$ 1.130.886.132,00	$ 26.113.868,00
AÑO 2026	$ 513.000.000,00				$ 513.000.000,00
AÑO 2027	$ -				
TOTAL CONTRATO	$ 2.134.750.000,00	$ -	$ -	$ 2.662.636.132,00	$ 539.113.868,00

Nombre del Supervisor	LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ	Fecha de notificación:	22/11/2023
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO: 23/11/2023	FECHA DE TERMINACION: 31/07/2026	
Vigencia del Contrato:	31/07/2026		
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 _____AGOSTO 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

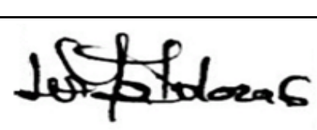
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL	OBSERVACIONES
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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		