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:	30/09/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**SEPTIEMBRE**

No. de Contrato:	CTO - 399/2023	**VALOR**	$	367.500.000,00	
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	PANAMERICAN INSTRUMENTS LTDA	**NIT/ CC**	830011469		
Clase de Contrato	SUMINISTROS	**Modalidad de Contratación**	LICITACIÓN PÚBLICA		

Cuenta Bancaria No.	086022670	**Banco:**	BANCO DE BOGOTA S. A.	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	14-44-101198171	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	22/11/2023			

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	12025	8/01/2025	120	8/01/2025	9525	8/01/2025	FVE14840	1/09/2025	ZF000000020710	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 29.457.618,00
							FVE14989	16/09/2025	ZF000000021029	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 637.840,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 30.095.458,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TREINTA MILLONES NOVENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA 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)
AÑO 2023	$ 15.000.000,00			$ 15.000.000,00	$ -
AÑO 2024	$ 126.000.000,00	$ 60.000.000,00	$ 32.490,00	$ 185.967.510,00	$ -
AÑO 2025	$ 140.500.000,00	$ 90.000.000,00		$ 166.640.190,00	$ 63.859.810,00
AÑO 2026	$ 86.000.000,00				$ 86.000.000,00
AÑO 2027	$ -				
TOTAL CONTRATO	$ 367.500.000,00	$ 150.000.000,00	$ 32.490,00	$ 367.607.700,00	$ 149.859.810,00

Nombre del Supervisor	LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ	**Fecha de notificación:**	27/11/2023
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**	
	22/11/2023	31/07/2026	
Vigencia del Contrato:			
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 _____SEPTIEMBRE 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

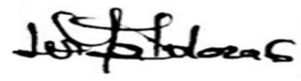
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

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

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		