

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:	30/04/2026	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	\$	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 2026	5226	6/01/2026	52	6/01/2026	5226	6/01/2026	FE702219	6/04/2026	ZG000000024997	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 18.263.241,00
							FE703039	9/04/2026	ZG000000025065	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 2.061.186,00
							FE704356	21/04/2026	ZG000000025269	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 9.957.980,00
							FE704389	22/04/2026	ZG000000025380	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 16.489.488,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 46.771.895,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUARENTA Y SEIS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO 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		\$ 1.157.000.000,00	\$ -
AÑO 2026	\$ 513.000.000,00			\$ 462.002.770,00	\$ 50.997.230,00
TOTAL CONTRATO	\$ 2.134.750.000,00	\$ -	\$ -	\$ 3.150.752.770,00	\$ 50.997.230,00

Nombre del Supervisor	MARIA NELCY TORO QUINTERO	Fecha de notificación:	31/01/2026
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
	23/11/2023		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 aporte la certificación de los aportes parafiscales de fecha ____ ABRIL 2026 ____ 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 reaccionado a continuacion:

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)	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
						Página:		10
								2 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	Maria Nelcy Toro Quintero	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	52.277.745		
CELULAR :	CORREO: Mtoro@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		