

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO		CÓDIGO: GA-GECO-MH-01-PT-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:	31-dic-25	INFORME DE SUPERVISOR	31-dic-25	TRAMITE PARA PAGO	DICIEMBRE	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	DICIEMBRE
No. de Contrato:	328-2025	VALOR		5.390.700			
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SI 015-2024						
Objeto	ADQUISICION INSTRUMENTAL OFTALMOLOGIA						
Nombre de Contratista	ALCON	NIT/ CC		860012041			
Clase de Contrato	ADQUISICION	Modalidad de Contratación		SELECCIÓN MINIMA CUANTIA			
Cuenta Bancaria No.	20590897014	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Años	X	Corriente
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	7273290	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):			
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL							
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
VIGENCIA AÑO (Ej:2025)	203725	22/07/2025	5195	29/12/2025	516025	29/12/2025	0
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO							0,00
SALDO DEL CONTRATO							5.390.700

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO (Ej:2025)	5.390.700	0			5.390.700
TOTAL CONTRATO	\$ 5.390.700,00	\$ -			\$ 5.390.700,00

Nombre del Supervisor: MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO		Fecha de notificación: 30-12- - 2025	
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
	30/12/2025		31/12/2025
Vigencia del Contrato:	1 DIA		
Prórrogas:	En tiempo		
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla N° - correspondiente al mes de en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de); así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION 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 detallada el cuadro relacionado a continuación:			
INFORMACIÓN GENERAL			
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD
			Entidad Valor
			Enti 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: MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO		35418457
NUMERO DE CEDULA:		CORREO: marcas1900@hotmail.com
CELULAR : 3125868271		

