

	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:	31/05/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	MAYO
--------	------------	-----------------------	---	-------------------	--	------

No. de Contrato:	CTO - 225-2025	VALOR	\$	2.546.407,00
------------------	----------------	-------	----	--------------

Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-165-2025-HOMIL
--	-------------------

Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS (PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS OFTALMOLÓGICOS - LENTES INTRAOCULARES) PARA EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.. Lote No 1
--------	---

Nombre de Contratista	OPIMED SAS	NIT/ CC	830062565
-----------------------	------------	---------	-----------

Clase de Contrato	SUMINISTROS	Modalidad de Contratación	MINIMA CUANTIA
-------------------	-------------	---------------------------	----------------

Cuenta Bancaria No.	4401008174	Banco:	COLPATRIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X
---------------------	------------	--------	-----------	-----------------	---------	-----------	---

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	33-46-101068143	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	6/10/2025
-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-------------------------	---	-----------

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	329825	1/10/2025	250384		202725	22/07/2025	N/A	N/A	N/A	N/A	

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO		\$	-
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	CERO PESOS M/CTE		

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2025	\$ 4.140.500,00			\$ 4.140.500,00	\$ -
		\$ 2.546.407,00		\$ 2.509.000,00	\$ 37.407,00
TOTAL CONTRATO	\$ -			\$ 6.649.500,00	\$ 37.407,00

Nombre del Supervisor	MARIA NELCY TORO QUINTERO	Fecha de notificación:	31/01/2026
-----------------------	---------------------------	------------------------	------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
--------------------	-----------------	----------------------

	14/10/2025	31/05/2026
--	------------	------------

Vigencia del Contrato:	31/05/2026
------------------------	------------

Prorrogas:	En tiempo
------------	-----------

1-	
2-	
3-	

NOTA 1: N/A
-------------

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 / 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: NO HUBO MOVIMIENTO EN EL MES
---

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:	MARIA NELCY TORO QUINTERO	FIRMA	
-------------------------------------	---------------------------	-------	---

NÚMERO DE CEDULA:	52.277.745	CORREO: mtoro@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		