

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FI-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:	31/7/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JULIO
--------	-----------	-----------------------	---	-------------------	--	-------

No. de Contrato:	CTO - 399/2023		VALOR		\$	367.500.000,00					
Nº 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 OFTALMOLOGÍA 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	Asegurador a (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		22/11/2023					
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	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
VIGENCIA AÑO 2026	4926	6/1/2026	49	6/1/2026	4926	6/1/2026	FVE17030	22/6/2026	ZG000000026337	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 704.559,00
							FVE17132	6/7/2026	ZG000000026642	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	\$ 3.522.793,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 4.227.352,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:											CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS 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		\$ 230.500.000,00	\$ -
AÑO 2026	\$ 86.000.000,00			\$ 69.729.596,00	\$ 16.270.404,00
TOTAL CONTRATO	\$ 367.500.000,00	\$ 150.000.000,00	\$ 32.490,00	\$ 501.197.106,00	\$ 16.270.404,00

Nombre del Supervisor: MARIA NELCY TORO QUINTERO	Fecha de notificación: 27/07/2026	
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO 22/11/2023	FECHA DE TERMINACION 30/11/2026
Vigencia del Contrato:		
Prorrogas:	En tiempo 1- 2- 3-	

NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporla la certificación de los aportes parafiscales de fecha JULIO 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 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 o existencia s 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 EQUIPO	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	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
							Página:		10
									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		