

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	

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 - 398/2023	VALOR	\$	1.067.000.000,00
------------------	----------------	-------	----	------------------

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 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)	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	6/1/2026	52	6/1/2026	5226	6/1/2026	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)
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			\$ 512.748.231,00	\$ 251.769,00
TOTAL CONTRATO	\$ 2.134.750.000,00	\$ -	\$ -	\$ 3.201.498.231,00	\$ 251.769,00

Nombre del Supervisor	MARIA NELCY TORO QUINTERO	Fecha de notificación:	27/07/2026
-----------------------	---------------------------	------------------------	------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION	
	23/11/2023		31/7/2026	

Vigencia del Contrato:	31/7/2026
------------------------	-----------

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 realcionado 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 (Instalad 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: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
						Página:	10
							2 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:		Maria Nely Toro Quintero	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	52.277.745			
CELULAR :				CORREO: Mtoro@homil.gov.co

DOCUMENTOS		SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes			
Acta de supervisión y/o Factura			
Pago de Seguridad Social			