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:	30/9/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	SEPTIEMBRE
No. de Contrato:	CTO - 220-2026			VALOR	$ 310.325.166,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CD-029-2026-HOMIL.						
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS PARA LA REALIZACIÓN QUIRÚRGICA DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA COMPATIBLES CON LOS EQUIPOS CONSTELLATION Y CENTURIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	Alcon			NIT/ CC	860019041		
Clase de Contrato	SUMINISTROS			Modalidad de Contratación	SELECCION ABREVIADA	CONTRATACION DIRECTA	
Cuenta Bancaria No.	20590897014	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	09/09/2026	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	2/9/2026		

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	308926	4/9/2026			212226	13/8/2026	FE720193	11/09/2026	ZG000000028089	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 62.471.210,00
							FE720627	16/09/2026	ZG000000028221	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	$ 824.670,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 63.295.880,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SESENTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA 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 2026	$ 310.325.166,00			$ 63.295.880,00	$ 247.029.286,00
TOTAL CONTRATO	$ 310.325.166,00				$ 247.029.286,00

Nombre del Supervisor: MARIA NELCY TORO QUINTERO		Fecha de notificación: 9/09/2026
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	09/09/2026	30/11/2026
Vigencia del Contrato:	30/11/2026	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporto la certificacion de los aaportes parafiscales de fecha __SEPTIEMBRE 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 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 (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 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	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 10
		Página:	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		