

Bogotá, 03 de Junio de 2025


Señor Coronel
Fernando Antonio Díaz Muñetón
Oficial Superior en Comisión Administrativa
Permanente en la Administración Pública
Subdirector Administrativo
Hospital Militar Central

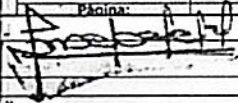
Asunto: Aclaración saldo contrato No.UCLB-1955-2023

Con toda atención y debido respeto me permito aclarar al Señor Coronel Subdirector Administrativo que el contrato No.UCLB-1955-2023 a nombre de **Edgar Rafael Garrido Villamil** presenta la novedad en el pago correspondiente al mes de **JULIO 2024** en el cual por error de digitación por parte de la supervisión se le dio rechazo a la planilla correspondiente para este pago y a pesar que en varias oportunidades se le solicito al colaborador volviera a cargar la planilla para dar el aprobado no realizo este registró en la plataforma **SECOP II**. Aclarando que el valor real pagado para dicha factura fue de **\$6.866.000** como se evidencia en el informe de supervisión para pago de JUNIO 2024 y en el Acta de Informe Final. Es importante aclarar que a la fecha está persona no tiene vinculación con la Institución por lo anterior se solicita el cierre de este contrato.

Atentamente,

Mayor **Fabián Augusto Montoya Molina**
Oficial Superior en Comisión Administrativa
Permanente en la Administración Pública
Servicio de Urgencias

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GE-CD-MB-01-FT-05							
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 30-09-2024							
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 1.0							
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI							
PAGINA 1 DE 2					PAGINA 2 DE 2									
Fecha:	JULIO DE 2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO	JULIO DE 2024							
No. de Contrato:	UCLB-1955-2023		VALOR	77.814.900										
N° de Proceso en el SECOP II	PSUCLB-0551-2023													
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS													
Nombre de Contratista	EDGAR RAFAEL GARRIDO VILLAMIL			NIT/CC	1005624931									
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA									
Cuenta Bancaria No.	826-501-611	Banco:	BBVA	Tipo de Cuenta:	s	X	Corriente							
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):											
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O CORRIENTE	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
	Certificado de Disponibilidad	FECHA	DINAMIC A No.	FECHA	Registro Presupuestal (DINAMIC)	FECHA CRP								
VIGENCIA AÑO (2023)	133723	9/28/2023	1337	9/28/2023	450223	10/31/2023	JULIO DE 2024							
VIGENCIA AÑO (2024)	47624	9 de Enero de 2024			47624	9 de Enero de 2024					6.866.000			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											6866000			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL 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 2023	8.530.700			8.530.700	0									
VIGENCIA AÑO	68.660.000			\$ 48.062.000,00	\$ 20.598.000,00									
TOTAL	\$ 77.190.700,00	\$ -	\$ -	\$ 56.592.700,00	\$ 20.598.000,00									
Nombre del Supervisor : Fabian Augusto Montoya Molina						Fecha de notificación: 13/07/2024								
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACION									
		18 de Noviembre de 2023			31 de Octubre de 2024									
Vigencia del Contrato:		En tiempo												
		12 Meses												
Prorrogas:		1- 2- 3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/07/08 y riesgos profesionales 2024/07/08 Planilla N°78562776- correspondiente al mes de JUNIO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JUNIO); así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios														
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:														
REPUESTO	BIENES AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	PLACA	NÚMERO DE SERIE DEL BIENES	PLACA DEL BIENES	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Cambio/ subreemplazo/ otorgado)	CANTIDAD	NÚMERO DE BIENES DE INSTALACION	FECHA DE INSTALACION	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
NOTA 4: En los resultados deber registrar al equipo al 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						
OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):														
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	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
COMPENSAR	78562776	2024/07/08	Nueva	343.300	COUPEN	439.500	Colmena	67.000						

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:		2 DE 2
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Fabian Augusto Montoya Molina		FIRMA		
NÚMERO DE CEDULA:	16.931.969 de Cali			
CELULAR:	CORREO: urgencias@homil.gov.co			
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:				
	DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS	
	Informe de Actividades con sus soportes	X	1	
	Acta de supervisión y/o Factura	X	1	
	Pagos de Seguridad Social	X	1	