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:	31/08/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION SERVICIO Y/O MES INFORME	JULIO
No. de Contrato:	324-2022			VALOR		27.890.407.721	
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	CD-035-2022-HOMIL						
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA ATENCION INTEGRAL EN SALUD MENTAL HOSPITALARIO, PARA PACIENTES DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES,PARTICULARES O USUARIOS DE CONTRATOS INTERINSTITUCIONALES, CELEBRADOS POR EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL CON OTRAS ENTIDADES PARA LAS VIGENCIAS 2022-2026						
Nombre de Contratista	CLINICA SANTO TOMAS SA			NIT/ CC	860.001.475-1		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACIÓN DIRECTA		

Cuenta Bancaria No.	000-16591-0	Banco:	FIDUBOGOTA SA-PA FID CLINICA SANTO TOMAS NIT 830.055.897-7	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X

Garantia Cumplimiento (Si aplica) :	18-44-101085501	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Fecha de aprobación de la Garantia (Si aplica):	6/12/2022

VIGENCIA	INFORMACION PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACEN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO (2025)	4225	7/01/2025	42	7/01/2025	2825	7/01/2025	F34525	1/07/2025			$ 6.714.605,00
							F34526	5/07/2025			$ 12.695.847,00
							F34527	9/07/2025			$ 39.763.093,00
							F34528	17/07/2025			$ 89.680.609,00
							F34535	18/07/2025			$ 129.816.333,00
							F34548	29/07/2025			$ 73.327.529,00
							F34570	31/07/2025			$ 392.418.953,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 744.416.969,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (SETESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MILLONES CUATROSCIENTOS DIECISEIS MIL NOVESCIENTOS SESENTA Y NUEVE 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 2022	$ 426.666.667			$ 426.666.667	$ 0
AÑO 2023	$ 7.091.320.514	$ 695.000.000		$ 7.786.320.514	$ 0
AÑO 2024	$ 7.304.060.129	$ 730.000.000		$ 8.034.060.129	$ 0
AÑO 2025	$ 7.523.181.933	$ 1.297.000.000		$ 6.296.783.125	$ 2.523.398.808
AÑO 2026	$ 4.520.178.478				$ 4.520.178.478
TOTAL CONTRATO	$ 26.865.407.721	$ 2.722.000.000	$ 0	$ 22.543.830.435	$ 7.043.577.286

Nombre del Supervisor DRA REDONDO SUSANA	Fecha de notificación: 12-12-2023

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Plazo de ejecución 4 AÑOS	6/12/2022	31/07/2026
Vigencia del Contrato: 2024	3 años y 7 meses	
	En tiempo	
Prórrogas:	1-	

Prórrogas:	2-
	3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 25-08-2025 riesgos profesionales correspondiente al mes de JULIO 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 contratados, el cual es parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

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

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

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	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: SUSANA REDONDO

IDY · CC: 1019020189

NOMBRES Y APELLIDOS APOYO SUPERVISION ECONOMICO: LUIS ORLANDO ALBARRACIN DUARTE

80370101

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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