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:	21/01/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	x	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	DICIEMBRE
No. de Contrato:	236-2025			VALOR	$ 655.000.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SASS-017-2025-HOMIL						
Objeto	LAR, CITOGENÉTICA, MICROSCOPIA ELECTRÓNICA E INMUNOHISTOQUÍMICA AUTOMATIZADA PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL" Lote 1 y 2.						
Nombre de Contratista	CENTRO MÉDICO OFTALMOLÓGICO Y LABORATORIO CLÍNICO ANDRADE NARVÁEZ SOCIED/			NIT/ CC	800066001		
Clase de Contrato	Prestación de servicios			Modalidad de Contratación	Prestación de servicios		
Cuenta Bancaria No.	21002469626	Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X
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 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 2025	147125	10/03/2025	147	10/03/2025	329025	30/09/2025	FCON247018	5/12/2025			$ 18.755.000,00
VIGENCIA 2025	147125	10/03/2025	147	10/03/2025	329025	30/09/2025	FCON250671	17/12/2025			$ 86.135.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 104.890.000

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CIENTO CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA 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 2025	$ 655.000.000,00			104.890.000,00	$ 550.110.000,00
					0
					0
					0
					0
					0
					0
TOTAL CONTRATO	$ 655.000.000,00	$ -	$ -	$ 104.890.000,00	$ 104.890.000,00

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/11/05 y riesgos profesionales 2025/12/02 Planilla N° 9495768586 correspondiente al mes de NOVIEMBRE en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (NOVIEMBRE); 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

Nombre del Supervisor Diana Carolina Moreno Reyes	Fecha de notificación: 29-09-2025

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	14/10/2025	30/12/2025
Vigencia del Contrato: 2025		
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1:La prestacion del servicio se cumplio a satisfaccion dentro del plazo de ejecucion del contrato

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 / existencia s 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 $ 6.808.000 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:	Diana Carolina Moreno Reyes	
NÚMERO DE CEDULA:	1014219304	
CELULAR :	CORREO:	

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	