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:	5/02/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	x	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	ENERO
No. de Contrato:	343-2025			**VALOR**	**$ 45.000.000,00**		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SASS-049-2025-HOMIL						
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS EXTRAHOSPITALARIOS DE MICROSCOPIA ELECTRÓNICA PARA LA ATENCION DE USUARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	CENTRO MÉDICO OFTALMOLÓGICO Y LABORATORIO CLÍNICO ANDRADE NARVÁEZ SOCIEDAD POR AC			**NIT/ CC**	800066001		
Clase de Contrato	Prestación de servicios			**Modalidad de Contratación**	Selección abreviada menor cuantía		

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 AÑO 2025	**142525**	**31/12/2025**	**1333**		**518025**	**1/11/2023**					**$ 0,00**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 0,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CERO PESOS MCTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2025	**45.000.000**			**$ -**	45.000.000
45					
					0
					0
					0
					0
					0
					0
TOTAL CONTRATO	**$ 45.000.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ 45.000.000,00**

Nombre del Supervisor DIANA CAROLINA MORENO REYES	**Fecha de notificación: 01-11-2023**

Plazo de ejecución 12 MESES	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	31/12/2025	**31/07/2026**
Vigencia del Contrato:2026		
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1:

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	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 (PARA EL MES DE ENERO NO SE REGISTRARON MOVIMIENTOS)

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:	**DIANA CAROLINA MORENO REYES**
NÚMERO DE CEDULA:	**1014219304**
CELULAR :	**CORREO:**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	
Acta de supervisión y/o Factura	X	
Pago de Seguridad Social	X	