| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05 |
|---|---|---|
| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | 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: | 12/12/2025 | INFORME DE SUPERVISOR | | TRAMITE PARA PAGO | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | NOVIEMBRE-2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. de Contrato: | 094/2025 | VALOR | $ 5.400.000.000 |
|---|---|---|---|
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual | LP-003-2025 | | |
| Objeto | SUMINISTRO DE ALIMENTACIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, MÉDICOS RESIDENTES E INTERNOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. | | |
| Nombre de Contratista | SARUPETROL S.A.S | NIT/ CC | 900,322,842-1 |
| Clase de Contrato | PRESTACION DE SERVICIOS | Modalidad de Contratación | LICITACION PUBLICA |

| Cuenta Bancaria No. | 0541000100029948 | Banco: | BBVA | Tipo de Cuenta: | | | Corriente | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Garantía Cumplimiento y Responsabilidad Civil : | N°17-44-101218693<br>N° 17-40-101030516 | Aseguradora (Si aplica): | SEGUROS DEL ESTADO S.A. | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 30/05/2025 | | | |

| 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 | 160125 | 11/04/2025 | 2094 | 27/05/2025 | 208025 | 27/05/2025 | SP976 | 3/12/2025 | N/A | N/A | $ 735.002.802,00 |
| | | | | | | | SP977 | 3/12/2025 | N/A | N/A | $ 71.577.047,00 |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | $ 806.579.849,00 |
| VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: | OCHOCIENTOS SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA 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) |
|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA AÑO 2025 | $ 4.500.000.000,00 | $ 900.000.000,00 | | $ 5.314.621.793,00 | $ 85.378.207,00 |
| TOTAL CONTRATO | $ 4.500.000.000,00 | $ 900.000.000,00 | $ 0,00 | $ 5.314.621.793,00 | $ 85.378.207,00 |

| Nombre del Supervisor | | | |
|---|---|---|---|
| | PD. OMAR SANCHEZ BELTRAN | Fecha de notificación: | 4/06/2025 |
| | SMSM. ERIC GIOVANNY DELGADO ZARATE | Fecha de notificación: | 4/06/2025 |
| | SMSM. DIANA MARCELA RODRIGUEZ GONZALEZ | Fecha de notificación: | 4/06/2025 |
| | SMSM. YULI MARCELA GONZALEZ CARABALI | Fecha de notificación: | 4/08/2025 |
| | PS. DOWSSMAN DE LA BARRERA PADILLA | Fecha de notificación: | 4/06/2025 |

| Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|
| | 1/06/2025 | 15/12/2025 |
| Vigencia del Contrato: | Igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más. | |
| Prorrogas: | En tiempo | |
| | 1- | |
| | 2- | |
| | 3- | |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión **2025/11/07** y riesgos profesionales **2025/11/07** Planilla N° **9494485211** – correspondiente al mes de **OCTUBRE - 2025** en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (**OCTUBRE -2025**); 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 D | 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 $ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

**INFORMACIÓN GENERAL**

| Entidad | Nº Planilla | Fecha de pago | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS PROFESIONALES | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | En | 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: | P.D. OMAR SANCHEZ BELTRAN | | |
| NÚMERO DE CEDULA: | 79.457.913 | | |
| CELULAR : | 3164941907 | CORREO: | osanchez@homil.gov.co |

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

| DOCUMENTOS | SI | Nº FOLIOS |
|---|---|---|
| Informe de Actividades con sus soportes | | |
| Acta de supervisión y/o Factura | X | 2 |
| Pago de Seguridad Social | X | 9 |

| INFORME | | |
|---|---|---|
| **HOSPITAL MILITAR CENTRAL** | **INFORME** | **CÓDIGO: GJ-OFAJ-MN-02-FT-07** |
| GSED | **DEPENDENCIA: OFICINA ASESORA JURIDICA** | **FECHA DE EMISIÓN: 31-08-2012** |
| | | **VERSIÓN: 01** |
| | **PROCESO: GESTION JURIDICA Y DISCIPLINARIA** | |
| | **SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI** | **PÁGINA 1 DE 9** |

**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**
**NIT: 830.040.256-0**

| | | |
|---|---|---|
| **DESPACHO - DIRECCIÓN Y/O OFICINA:** | **CONTRATO** N° 094 /2025 | **PERIODO DEL CONTRATO:** |
| | | Fecha de Inicio: 01/06/2025 |
| | | Fecha de Finalización: 30/11/2025 |
| **CONTRATISTA: SARUPETROL S.A.S** | | **PLAZO DE EJECUCIÓN:** 30/11/2025 |
| | | **PERIODO DEL INFORME:** 01 al 30 de noviembre del 2025 |
| **SUMINISTRO DE ALIMENTACIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, MÉDICOS RESIDENTES E INTERNOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LA VIGENCIA 01/06/2025 Hasta 30/11/2025.** | | |

| OBLIGACIONES | ACTIVIDADES DESARROLLADAS |
|---|---|
| Todas las descritas en el contrato N° 094/2025, Cláusula Tercera. **ESPECIFICACIONES Y CONDICIONES DE ORDEN TECNICO** Séptima. **OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA.** | Los servicios fueron entregados por el contratista con las observaciones que a continuación se relacionan: |
| El supervisor verifico que el contratista cumplió con las obligaciones para con el régimen de seguridad social salud y pensión. | Según Planilla N° **9494485211** de fecha de pago **2025/11/07**, por valor de **$ 86.466.500** |

**INFORME REFERENTE A LOS ASPECTOS EVALUADOS NO CUMPLIDOS Y CUMPLIDOS DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL PLIEGO DE CONDICIONES Y EL CONTRATO DURANTE EL LAPSO DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE 2025**

| ASPECTO EVALUADO | VERIFICACION | RESULTADOS | DE ACUERDO A CONTRATO Y PLIEGO DE CONDICIONES NO SE ESTA DANDO CUMPLIMIENTO A |
|---|---|---|---|
| **SUMINISTROS** | Área Hotelería – Alimentación- Servicio de Nutrición- Área Calidad- - Supervisión del Contrato<br><br>Menaje y Equipo Supervisión permanente por parte del Área de Hotelería – Alimentación | Se verifica que la vajilla, se ajusta a las especificaciones, Vajilla tipo refractaria en igual o superior calidad a la siguiente hotelera de alto tráfico; Así mismo se evidencia que la vajilla está incompleta, ya que faltan varios elementos (plato base, para tasa Tasas, Tapa Tasas, Tapa Pocillos). Sin embargo la observación no afecta el objeto del contrato dado se realiza compra de loza para suplir la necesidad de manera parcial, así mismo se cumple con las demás especificaciones.<br><br>Se ha verificado la existencia de loza en el inventario o lugar de almacenamiento. No obstante, se ha detectado un nivel de rotura excesivo que requiere una atención inmediata. Por lo tanto, es crucial diseñar e implementar nuevas estrategias logísticas y de manipulación con el objetivo primordial de minimizar significativamente estas pérdidas y asegurar la correcta prestación del servicio.<br><br>Se realiza instalación de resistencias a carros termos y controles de temperatura, sin embargo hay 1 carro termo que se encuentran dañado.<br><br>Se verifico la factura de compra de loza N°FNT-215 de fecha 08/11/2025 loza que se hace necesaria para la operación de la firma. | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Área Hotelería Alimentación Epidemiología. | Resultados microbiológicos de las muestras tomadas el día 21 de noviembre de 2025 en el Servicio de Alimentación de los siguientes puntos Adjunto: Superficie: Mesa área de fruta, Ambiente: Área de proteína, Producto Terminado: Kumis, Producto terminado: Filete de tilapia, Producto terminado: Ensalada (Tomate, Zanahoria y lechuga) Manipulador: Karen Sánchez CC, 1000131766, de acuerdo a norma INVIMA y se encuentran conforme a los límites internos establecidos por el Cliente. | Sin novedad |
| **INTERVALO DE TIEMPO ENTRE LA PRODUCCIÓN Y LA SERVIDA.** | Revisión diaria por parte de los supervisores del Área de Hotelería – Alimentación- Servicio Nutrición. | Se realiza seguimiento y control en cada tiempo de comida, asegurando que la prestación del servicio se realice de manera oportuna y cumpliendo con los tiempos especificados para la entrega de las dietas en los diferentes tiempos de comida a los diferentes servicios.<br><br>Se realizó control de la alimentación suministrada a los médicos residentes e internos mediante control biométrico para todos los tiempos de comida sin excepción, asegurando la entrega oportuna.<br><br>Se está realizando verificación de novedades por parte de la supervisión del contrato día a día, efectuando la subsanación de estas en tiempo real minimizando así demora en el proceso de suministro de dietas a los pacientes hospitalizados, médicos residentes e internos del hospital garantizando que el servicio se preste con oportunidad y calidad. | |
| **TAMAÑO DE LAS PORCIONES** | Revisión y pesaje previos al servicio. | Durante el presente mes no se ha presentado inconveniente en las pruebas organolépticas, al igual que con el gramaje y tamaño de las porciones indicadas para las diferentes dietas. | sin novedad |
| **CUMPLIMIENTO DISTRIBUCIÓN DIETAS ORDENADAS** | Supervisión por parte del Área de Hotelería – Alimentación – Grupo Nutrición- Grupo Área de Supervisores | Se debe continuar socializando y concientizando al personal de camareras, que la entrega de dietas (refrigerios, nueves, onces) deben ser entregados en los tiempos de comida estipulados, a fin de disminuir al máximo las observaciones y/o novedades que se presentan por retrasos en el suministro de las mismas. | |

<table>
<tr><td></td><td>Contrato en los diferentes tiempos de comida.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>Servicio de comedores</td><td>No se presentaron quejas o reclamos en el área de comedor durante el mes de noviembre de 2025.</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>Chequeos</td><td>Verificación en el servicio de chequeos, en donde no se presentaron quejas o inconformidades durante todo el mes de noviembre 2025, es de aclarar que se realizaron varios chequeos médicos sin presentar novedades con el servicio de alimentación.</td><td>Sin novedad.</td></tr>
<tr><td>CONTROL SANEAMIENTO Y SEGURIDAD</td><td>Supervisión por parte del Área de Hotelería – Alimentación</td><td>Se cumple con la brigada de aseo en el área de producción, ensamble, baños, comedores bodegas de almacenamiento, cuartos fríos, carros termos en el mes de noviembre de 2025.<br><br>Durante el presente mes se realiza fumigación el día 07 de noviembre y 22 de noviembre 2025.</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><th>N°</th><th>Observación</th><th>Recomendación</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Tiempo</td><td>El porcentaje de inconformidad durante el mes de noviembre es de 0,0% el cual disminuyó a Comparación del mes anterior que fue de 2,6%. Pacientes no presentaron no inconformidades. Se reitera el cumplimiento de los horarios establecidos a la firma Sarupetrol.</td></tr>
<tr><td>2</td><td></td><td>El porcentaje de inconformidad durante el mes de noviembre fue de 16,1% el cual disminuyó a Comparación del mes anterior que fue de 21,7%. A pesar que disminuyó este indicador, se presentaron novedades como: no cumple con las observaciones</td></tr>
</table>
</td><td></td></tr>
</table>

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **ENCUESTAS** | El Grupo de Nutrición durante el mes de noviembre de 2025, se realizaron encuestas a 87 Pacientes hospitalizados, resultados que se presentan a continuación. | | Composición de las dietas | de las dietas indicadas, no entregan los alimentos completos de la dieta, dietas incorrecta a paciente, Alimentos con azúcar, lácteos y sal, incluyen esponjado y no está en la dieta. Se solicita cumplir con las indicaciones de la dieta, observaciones y restricciones así como de dar capacitaciones Permanentes a los auxiliares de dietas. | |
| | | 3 | Temperatura | El porcentaje de inconformidad del mes de noviembre fue del 0% el cual disminuyó a Comparación del mes anterior que fue de 0.9 %. Pacientes no presentaron no inconformidades. Por lo anterior, se solicita continuar con las pruebas de control de temperatura en diferentes momentos en presencia de un Nutricionista de Sarupetrol y un representante de la oficina de alimentación, así como también la verificación del correcto funcionamiento de los carro termos. | |
| | | 4 | Sabor | El porcentaje de inconformidad de los pacientes del mes de noviembre fue del 20,7% el cual aumentó a comparación del mes anterior que fue del 3,5%. Los pacientes refirieron sabor no agradable en algunas preparaciones con poco sabor. Se sugiere capacitación permanente a los auxiliares de dietas y al área de producción en cuanto a las preparaciones y aumentar controles para garantizar la completa. satisfacción del paciente durante su estancia hospitalaria. | |
| | | 5 | Apariencia | El porcentaje de inconformidad de los pacientes del mes de noviembre fue del 16,1% el cual aumentó a comparación del mes anterior que fue del 0.9%. Los pacientes refieren que le suministran alimentos duros, carne dura, pan duro, se presentó pollo en mal estado Se solicita continuar con las medidas necesarias para garantizar una buena satisfacción de los pacientes. | |
| | | 6 | Atención | El porcentaje de inconformidad durante el mes de noviembre fue de 0% el cual se mantuvo a comparación del mes anterior que fue del 0%.Se sugiere implementar estrategias en estos eventos presentados y así garantizar la satisfacción de los pacientes con el servicio prestado. | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 7 | Aseo Personal | El porcentaje de inconformidad durante el mes de noviembre fue de 0% el cual se mantuvo a comparación del mes anterior que fue de 0%, Se sugiere continuar con buena presentación, y buenas prácticas de higiene, buena comunicación y aseo del personal (Auxiliar de dietas). |
| | | | | |
| NOVEDADES | • Oficios radicados a Sarupetrol el mes de noviembre del 2025. solicitud aceptación adición contrato N° 094-2025 - ID de seguimiento 443606. - ID de respuesta adición 443606.<br>• Solicitud aprobación de adición y prorroga al contrato N° 094/2025 - ID de seguimiento 445550. - ID de respuesta a aceptación de prórroga y respuesta N° 444271.<br>• Solicitud horario laboral del 07 y 08 de Diciembre 2025 -ID de seguimiento 4494172. | | | |
| ACTAS DE REUNION | Acta de fecha 24 de noviembre de 2025, reunión seguimiento del contrato N° 094 2025. | | | |

| FIRMA DE QUIENES VERIFICAN LA INFORMACION | |
|---|---|
| **FIRMA SUPERVISORES DEL CONTRATO** | |
| Doctora SMSM **Yuly Marcela González Carabalí**<br>Servicio de Nutrición | Yuly M. González C. |
| Doctor SMSM **Eric Giovanny Delgado Zárate**<br>Servicio de Epidemiologia | |
| SMSM. **Diana Marcela Rodríguez González**<br>Seguridad y Salud en el Trabajo | |
| PD. **Omar Sánchez Beltrán**<br>Área de Hotelería – Alimentación | |
| OPS. **Dowssman de la Barrera Padilla**<br>Apoyo a la Supervisión<br>Área de Hotelería | |