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:	9/02/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION SERVICIO Y/O MES INFORME	DICIEMBRE
No. de Contrato:	324-2022			VALOR		27.560.407.721	
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 Cumplimie Si ca) :	18-44-101085501	Asegurado ra (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	6/12/2022		

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 Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO (2024)	6626	6/01/2026	66	6/01/2026	6626	6/01/2026	F34861	10/12/2025			$ 25.297.264,00
							F34892	22/12/2025			$ 133.087.000,00
							F34903	29/12/2025			$ 120.820.671,00
							F34943	2/01/2026			$ 448.383.574,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 727.588.509,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (SETESCIENTOS VEINTISIETE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS 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
2023	$ 7.091.320.514	695.000.000,00		$ 7.786.320.514	$ 0
AÑO 2024	$ 7.304.060.129	730.000.000,00		$ 8.034.060.129	$ 0
AÑO 2025	$ 7.523.181.933	1.317.388.254,00		$ 8.840.570.187	$ 0
AÑO 2026	$ 4.520.178.478			$ 1.510.310.642	$ 3.009.867.836
TOTAL CONTRATO	$ 26.865.407.721	$ 2.742.388.254	$ 0	$ 26.597.928.139	$ 3.009.867.836

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

Plazo de ejecución 4 AÑOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	6/12/2022	31/07/2026
Vigencia del Contrato: 2024	3 años y 7 meses	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 29-01-2026 riesgos profesionales correspondiente al mes de DICIEMBRE
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (DICIEMBREP); 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	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: SUSANA REDONDO

TO CC: 1019020489

NOMBRES Y APELLIDOS APOYO SUPERVISION ECONOMICO: LUIS ORLANDO ALBARRACIN DUARTE

TO CC: 1019020489 técnica

80390101

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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

A28:O86A12:O8