

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:	9/03/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	x	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	ENERO	
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 SOCIEDAD			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	FCON250672	17/12/2025			\$ 6.600.000,00
							FCON261890	31/12/2025			\$ 2.200.000
							FCON261968	31/12/2025			58200000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 67.000.000

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (SESENTA Y SIETE MILLONES DE 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			177.390.000,00	\$ 477.610.000,00
					0
					0
					0
					0
					0
					0
TOTAL CONTRATO	\$ 655.000.000,00	\$ -	\$ -	\$ 177.390.000,00	\$ 477.610.000,00

NOTA 1: 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

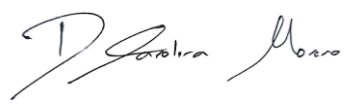
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

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

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	