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:	8/09/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	x	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	AGOSTO
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 MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ 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**					
	142525	**21/02/2025**	**1333**		**518025**	**31/12/2025**	AGOSTO				**$ 0,00**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 0,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CERO 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 AÑO 2025	**5.000.000**			**$ 5.000.000,00**	$ -
VIGENCIA AÑO 2026	**40.000.000**			**$ 5.000.000,00**	**$ 35.000.000,00**
					0
					0
					0
					0
					0
					0
TOTAL CONTRATO	**$ 45.000.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 10.000.000,00**	$ 35.000.000,00

Nombre del Supervisor	**DIANA CAROLINA MORENO REYES**	**Fecha de notificación: 30-12-2025**

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	5/01/2026	**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 / existenci**	**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 AGOSTO NO SE REGISTRARON MOVIMIENTOS

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**
g	**CORREO:**