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:	16/05/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	X	**PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE**	Mayo

No. de Contrato:	SP-SSAA-0290-2025			**VALOR**	$ 57.912.400				
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0201-2025								
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGO CON EXPERIENCIA EN CITOGENETICA PARA EL SERVICIO DE PATOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL S								
Nombre de Contratista	ANGÉLICA GIZETH LOZANO MARTÍNEZ			**NIT/ CC**	1.015.427.134				
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			**Modalidad de Contratación**	CONTRATACIÓN DIRECTA				
Cuenta Bancaria No.	111030299723	**Banco:**	FALABELLA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	X	**Corriente**		
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		**Aseguradora (Si aplica):**		**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**					

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL												
VIGENCIA	**Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.**	**FECHA**	**DINAMICA No.**	**FECHA**	**Registro Presupuestal (RP) No.**	**FECHA CRP**	**No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO**	**FECHA FACTURA**	**ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO**	**ALMACEN AL QUE INGRESA**	**VALOR OBLIGACIÓN**
VIGENCIA AÑO 2025	134425	04/02/2025	1344	04/02/2025	140125	13/02/2025	Mayo				$6.734.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$6.734.000**
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Seis millones setecientos treinta y cuatro mil 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	$57.912.400			$24.242.400	$33.670.000
TOTAL CONTRATO	**$57.912.400**	**$0**	**$0**	**$24.242.400**	**$33.670.000**

Nombre del Supervisor	**DR. JULIAN ANDRES BARRETO PLAZA**	**Fecha de notificación:**	**13/02/2025**
Plazo de ejecución	**8 MESES**	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
		13/02/2025	31/10/2025
Vigencia del Contrato:	**2025**	vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.	
Prorrogas:		**En tiempo**	
		1-	
		2-	
		3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/05/16 y riesgos profesionales 2025/05/16 Planilla N° 86635423– correspondiente al mes de Abril
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (Abril); así mismo certifico que el/la contratista presentó 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 $ 6.808.000 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: DR. JULIAN ANDRES BARRETO PLAZA			
NÚMERO DE CEDULA:	1.083.870.504		
CELULAR :	3164348402	**CORREO:**	jbarreto@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	**SI**	**N° FOLIOS**
Informe de Actividades con sus soportes	x	1
Acta de supervisión y/o Factura	x	1
Pago de Seguridad Social	x	1