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: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	**20/06/2025**	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	**X**	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**JUNIO 2025**
N° de Contrato:	**SP-SSAA-0910-2024**			**VALOR**	**$ 45.630.000**		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	**SP-SECO-0487-2024**						
Objeto	**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGO PARA EL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO DE ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL**						
Nombre de Contratista	**NUBIA ESPERANZA COTAMO VELASCO**			**NIT/ CC**	**CC. N° 23555465**		
Clase de Contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS**			**Modalidad de Contratación**	**CONTRATACIÓN DIRECTA**		

Cuenta Bancaria No.	**474100057675**	**Banco:**	**DAVIVIENDA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : N/A	**Aseguradora (Si aplica):**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**

VIGENCIA	**INFORMACIÓN PRESUPUESTAL**						**N° 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) N°	**FECHA**	**DINAMICA N°**	**FECHA**	**Registro Presupuestal (RP) N°**	**FECHA CRP**					
VIGENCIA AÑO 2025	**36925**	**9/01/2025**	**369**	**9/01/2025**	**33225**	**9/01/2025**	**JUNIO**				**$ 4.563.000**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 4.563.000**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y TRES MIL PESOS m/cte.

OBSERVACIONES:

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VR. EJECUTADO (D)**	**SALDO CONTRATO (A+B-C-D)**
VIGENCIA AÑO 2024	**$ 152.100**			**$ 152.100**	**$ 0**
VIGENCIA AÑO 2025	**$ 45.477.900**			**$ 27.225.900**	**$ 18.252.000**
TOTAL CONTRATO	**$ 45.630.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 27.378.000**	**$ 18.252.000**

Nombre del Supervisor: **SMSM LAURA MILENA GUAVITA GALLO** **Fecha de notificación: 30 DE ABRIL 2025**

Plazo de ejecución: DIEZ (10) MESES	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	31/12/2024	**31/10/2025**
Vigencia del Contrato:	Igual al plazo de ejecución y cuatro meses más	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Riesgos Profesionales **12/JUNIO/2025** Planilla N° **9486742505** – correspondiente al mes de **MAYO 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 (**MAYO 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**	**NUMERO DE ENTRADA AL ALMACEN**	**FECHA DE INGRESO**	**NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)**	**ESTADO**	**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

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

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	
			Enti	Valor	Entid	Valor	Entid	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	SMSM LAURA MILENA GUAVITA GALLO	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	52.858.183		
CELULAR : 313 8173090		CORREO: lguavita@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