	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
	ESTIÓN DE ADQUISICIONES		PAGINA 1 DE 2
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI			

Fecha:	05/08/25	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	x	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JULIO
--------	----------	-----------------------	-------------------	---	--	-------

No. de Contrato:	SP-SSAA-0438-2025	VALOR:	\$38.693.300
------------------	-------------------	--------	--------------

N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0329-2025
--	-------------------

Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO ESPECIALISTA EN PATOLOGÍA PARA EL SERVICIO DE PATOLOGÍA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA HOSPITAL MILITAR CENTRAL
--------	---

Nombre de Contratista	DIANA CAROLINA GUTIÉRREZ GONZÁLEZ	NIT/ CC	1022329297
-----------------------	-----------------------------------	---------	------------

Clase de Contrato	Prestación de Servicios	Modalidad de Contratación	Contratación Directa
-------------------	-------------------------	---------------------------	----------------------

Cuenta Bancaria No.	36065332	Banco:	BBVA COLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente
---------------------	----------	--------	---------------	-----------------	---------	---	-----------

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

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 AÑO 2025	200325	05/01/2024	2003	14-07-25	274125	24/07/2025	DG -47	31/07/2025			\$ 2.792.300,00
											\$ 2.792.300,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES SETECIENTOS NOVEINTA Y DOS MIL TRESCIENTOS 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	\$38.693.300	\$ -	\$ -	\$ 2.792.300,00	\$ 35.901.000,00
		\$ -			
TOTAL CONTRATO	\$38.693.300	\$ -	\$ -	\$ 2.792.300,00	\$ 35.901.000,00

Nombre del Supervisor	Julian Andrés Barreto Plaza
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO: 24/7/2025 FECHA DE TERMINACION: 31/10/2025
Vigencia del Contrato:	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 15-07-24 y riesgos profesionales Planilla N°78157004 correspondiente al mes de JUNIO. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JUNIO); 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 documento 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 reaccionado a continuación:

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 o existencia o instalación)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES


o el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

DESCRIPCIÓN 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 (INFORME DE SUPERVISIÓN CORRESPONDIENTE AL MES DE JULIO 2024)

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		
APORTES EN LÍNEA	78157004	15-07-2024	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	
			ALIANSA SALUD	\$ 1.170.400,00	SKANDIA	\$ 1.592.000,00	SURA	\$ 228.100,00	
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	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	2
Acta de supervisión y/o Factura	X	3
Pago de Seguridad Social	X	2

