


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			PAGINA 1 DE 2	
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI				

Fecha:	4/9/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	ago-25
---------------	----------	------------------------------	--	--------------------------	----------	---	---------------

No. de Contrato:	SP-SDIC-0310-2025	VALOR	\$ 55.485.550,00
-------------------------	-------------------	--------------	------------------

Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0212-2025
---	-------------------

Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO BIOMEDICO ESPECIALISTA PARA LA UNIDAD DE INVESTIGACION CIENTIFICA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL
---------------	--

Nombre de Contratista	ANGIE CAROLINA CASTRO CASTAÑO	NIT/ CC	1123514520
------------------------------	-------------------------------	----------------	------------

Clase de Contrato	Prestación de servicios	Modalidad de Contratación	Contratación directa.
--------------------------	-------------------------	----------------------------------	-----------------------

Cuenta Bancaria No.	7962005261	Banco:	Scotiabank Colpatria	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente
----------------------------	------------	---------------	----------------------	------------------------	---------	----------	-----------

Garantía Cumplimiento (Si aplica):	NA	Aseguradora (Si aplica):	NA	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	NA
---	----	---------------------------------	----	--	----

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					
2025	113225	20/1/2025	N/A	N/A	143025	14/2/2025	ago-25	NA	NA	NA	\$ 2.625.500,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 2.625.500,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	DOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL QUINIENTOS PESOS MCTE
---	--

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2025	\$ 55.485.550,00		23.629.500,00	\$ 31.856.050,00	-
TOTAL CONTRATO	\$ 55.485.550,00	\$ -	\$ 23.629.500,00	\$ 31.856.050,00	\$ -

Nombre del Supervisor	Dra. Claudia Liliana Echeverría González Jefe de Unidad de Investigación Científica	Fecha de notificación:	ID N°387166 18 Febrero 2025
------------------------------	--	-------------------------------	-----------------------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	14/2/2025	31/12/2025

Vigencia del Contrato:	14/02/2025 - 31/12/2025
-------------------------------	-------------------------

Prorrogas:	En tiempo
	1-
	2-
	3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS- Pensión y riesgos profesionales 04/08/2025 Planilla N° 1074598046 – correspondiente al mes de julio -2025 \$ 649.900 en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (julio-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 relacionado 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 / existencia s almacen)	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): El Informe de actividades mes de agosto 2025 se encuentra colgado en Secop II. Se anexa Carta terminación Bilateral a partir del 16 de agosto 2025, ID N°421729 de fecha 28 de julio de 2025.

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.

Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	INFORMACIÓN GENERAL								
			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: CLAUDIA LILIANA ECHEVERRÍA GONZÁLEZ 

NÚMERO DE CEDULA: 51.696.910

CELULAR : 3143937675 CORREO: cecheverria@homll.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