


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE 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		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 DE 2	

Fecha:	02/09/25	INFORME DE SUPERVISOR.	TRÁMITE PARA PAGO	x	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	AGOSTO
--------	----------	------------------------	-------------------	---	--	--------

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

N° de Proceso en el SECOF II / (Tienda virtual)	SP-GECO-0329-2025
---	-------------------

Objeto	PRESTACIÓN 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.	03606532	Banco:	BBVA COLOMBIA	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 ALMACEN 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	30/01/2024	2003	14-07-25	274125	24/07/2025	DG-49	28/08/2025			\$ 11.967.000,00
											\$ 11.967.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: ONCE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE 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 2025	\$38.693.300	\$	\$	\$ 14.759.300,00	\$ 23.934.000,00
TOTAL CONTRATO	\$38.693.300	\$	\$	\$ 14.759.300,00	\$ 23.934.000,00

Nombre del Supervisor	Diana Carolina Moreno Reyes
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 28-08-2025 y riesgos profesionales Planilla N°88465500 correspondiente al mes de JULIO. 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); 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 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 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 o/ existencia o almacen)	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 SUPERVISION CORRESPONDIENTE AL MES DE AGOSTO 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.

INFORMACIÓN GENERAL									
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES		
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad
MI PLANILLA	88465500	28-08-2025	ALIANSA SALUD	\$ 1.268.500,00	SKANDIA	\$ 1.725.200,00	SURA	\$	247.300,00
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO							CODIGO:	10
								Página:	2 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Diana Carolina Moreno Reyes		
NÚMERO DE CEDULA:	1014219304	
CELULAR:	CORREO:	

