


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: 30-05-2024							
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10							
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI							
PAGINA 1 DE 2		INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		SEPTIEMBRE 2025				
Fecha:		22/09/2025												
N° de Contrato:		SP-SSAA-0234-2025			VALOR		\$ 40.762.800							
N° de Proceso en el SECOPII /Tienda virtual		SP-GECO-0174-2025												
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		ERIKA LORENA DUARTE FORERO			NIT/ CC		CC. N° 52315600							
Clase de Contrato		PRESTACIÓN DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación		CONTRATACIÓN DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.		0570007590473471		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		128625	4/02/2025	1286	28/01/2025	130225	4/02/2025	SEPTIEMBRE			\$ 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 2025		\$ 40.762.800							\$ 36.199.800		\$ 4.563.000			
TOTAL CONTRATO		\$ 40.762.800		\$ 0			\$ 0		\$ 36.199.800		\$ 4.563.000			
Nombre del Supervisor: SMSM LAURA MILENA GUAVITA GALLO						Fecha de notificación: 30 DE ABRIL 2025								
Plazo de ejecución: NUEVE (9) MESES				FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION						
				3/02/2025				31/10/2025						
Vigencia del Contrato:				Igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más										
Prorrogas:				En tiempo										
				1-										
				2-										
				3-										
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y Riesgos Profesionales 20/SEPTIEMBRE/2025 Planilla N° 1075351349 correspondiente al mes de AGOSTO 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 (AGOSTO 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 detallada 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 A 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 anexas el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL								
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Enti	Valor	Enti	Valor	Entid	Valor

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

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