


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		Fecha:		22/09/2025		INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		SEPTIEMBRE 2025															
N° de Contrato:		SP-SSAA-0233-2025					VALOR		\$ 40.762.800																				
N° de Proceso en el SECOPII /Tienda virtual		SP-GECO-0174-2025					PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGO PARA EL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO DE ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL																						
Objeto		ROSSY CAROLINA MACHUCCA ALBARRACIN					NIT/ CC		CC. N° 60268204																				
Nombre de Contratista		PRESTACIÓN DE SERVICIOS					Modalidad de Contratación		CONTRATACIÓN DIRECTA																				
Clase de Contrato		Cuenta Bancaria No.		0550488452239541		Banco:		DAVIVIENDA		Tipo de Cuenta:		Ahorros		X															
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : N/A		Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		Corriente																							
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		130125		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 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 9/SEPTIEMBRE/2025 Planilla N° 4616524727 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+A91																													
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 realcionado 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