HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	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:	**24/11/2025**	**INFORME DE SUPERVISOR**	**1**	**TRAMITE PARA PAGO**	**X**	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**NOVIEMBRE- 2025**

N° de Contrato:	**SP-SSAA-0896-2025**	**VALOR**	**$ 43.300.000**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	**SP-GECO-0382-2025**		
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 JOHANA GALINDO RODRÍGUEZ**	**NIT/ CC**	**CC. N° 37392819**
Clase de Contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	**Modalidad de Contratación**	**CONTRATACIÓN DIRECTA**

Cuenta Bancaria No.	**629-586-965-11**	**Banco:**	**BANCOLOMBIA**	**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	**216525**	**20/10/2025**	**2165**	**20/10/2025**	**377525**	**24/10/2025**	**NOVIEMBRE**				**$ 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	**$ 9.126.000**			**$ 4.563.000**	**$ 4.563.000**
VIGENCIA AÑO 2026	**$ 34.174.000**				**$ 34.174.000**
TOTAL CONTRATO	**$ 43.300.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 4.563.000**	**$ 38.737.000**

Nombre del Supervisor:	**SMSM LAURA MILENA GUAVITA GALLO**	**Fecha de notificación: 13 DE NOVIEMBRE DE 2025**

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Plazo de ejecución: DIEZ (10) MESES	**1/11/2025**	**31/07/2025**
Vigencia del Contrato:	Igual al plazo de ejecución	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y Riesgos Profesionales **5/NOVIEMBRE/2025** Planilla **N° 90527256** correspondiente al mes de **OCTUBRE 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 **OCTUBRE 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+A17

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 realcionado a continuacion:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA 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 supervision

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

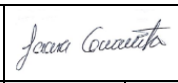
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

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 anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL

Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSION		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		
CELULAR : 313 8173090	CORREO: lguavita@homil.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