| 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: | 22/11/2025 | 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-0902-2025 | | | 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 | LAURA LISETH SÁNCHEZ GÓMEZ | | | NIT/ CC | CC. N° 1026302365 | | |
| Clase de Contrato | PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | Modalidad de Contratación | CONTRATACIÓN DIRECTA | | |

| Cuenta Bancaria No. | 24-106-048-588 | Banco: | CAJA SOCIAL DE AHORROS | 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 | 3/09/2025 | 378125 | 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

| Plazo de ejecución: SEIS (6) MESES Y 16 DIAS | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|
| | 1/11/2025 | 31/07/2026 |
| 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 **6/NOVIEMBRE/2025** Planilla N° **91181131** 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**

**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 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 anexar 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 | | |
| 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 |