

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:	12/12/2025		INFORME DE SUPERVISOR		2	TRAMITE PARA PAGO		X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		DICIEMBRE 2025			
N° de Contrato:	SP-SSAA-0900-2025					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	ARIADNA CAROLINA PEÑALOZA VALENCIA					NIT/ CC		CC. N° 1116499944						
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS					Modalidad de Contratación		CONTRATACIÓN DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	324-321-876		Banco:	BBVA		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	ALMACÉN 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	23/10/2025	2165	23/10/2025	377925	23/10/2025	DICIEMBRE				\$ 4.563.000			
VIGENCIA AÑO 2026														
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						\$ 9.126.000		\$ 0					
VIGENCIA AÑO 2026	\$ 34.174.000						\$ 0		\$ 34.174.000					
TOTAL CONTRATO	\$ 43.300.000		\$ 0		\$ 0		\$ 9.126.000		\$ 34.174.000					
Nombre del Supervisor: SMSM LAURA MILENA GUAVITA GALLO							Fecha de notificación: 13 DE NOVIEMBRE 2025							
Plazo de ejecución: NUEVE (9) MESES			FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION						
			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 10/DICIEMBRE/2025 Planilla N° 1077173881 correspondiente al mes de NOVIEMBRE 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 (NOVIEMBRE 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 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 AL ALMACÉN	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 esta 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		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	



