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-0901-2025			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	ANGIE DANIELA RAMÍREZ ÁLVAREZ			NIT/ CC	CC. N° 1007727194		
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACIÓN DIRECTA		

Cuenta Bancaria No.	91260005672	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	3/09/2025	378025	24/10/2025	DICIEMBRE				$ 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			$ 9.126.000	$ 0
VIGENCIA AÑO 2026	$ 34.174.000				$ 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: SEIS (6) MESES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	1/11/2025	31/07/2026
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 **12/DICIEMBRE/2025** Planilla N° **92318077** – 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 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 esta haciendo la supervision

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.

INFORMACION 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