HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISION Y/O TRAMITE A PAGO	CODIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTION DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	16/02/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	Febrero

No. de Contrato:	SP-SSAA-1175-2025	**VALOR**	$ 63.903.000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0421-2025		
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIÓLOGO CON EXPERIENCIA EN CITOGENETICA PARA EL SERVICIO DE PATOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	ANGÉLICA GIZETH LOZANO MARTÍNEZ	**NIT/ CC**	1.015.427.134
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	**Modalidad de Contratación**	CONTRATACIÓN DIRECTA

Cuenta Bancaria No.	111030299723	**Banco:**	FALABELLA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	X	**Corriente**		
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		**Asegurador a (Si aplica):**		**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**					

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL												
VIGENCIA	**Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.**	**FECHA**	**DINAMICA No.**	**FECHA**	**Registro Presupuestal (RP) No.**	**FECHA CRP**	**No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO**	**FECHA FACTURA**	**ENTRADA ALMACEN Y/O SOPORTE INGRESO**	**ALMACEN AL QUE INGRESA**	**VALOR OBLIGACION**
VIGENCIA AÑO 2025	217525	03/09/2025	2175	03/09/2025	416225	31/10/2025					
VIGENCIA AÑO 2026	63426	01/07/2026	634	01/07/2026	60426	01/07/2026	Febrero				$7.205.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$7.205.000**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SIETE MILLONES DOSCIENTOS CINCO MIL PESOS MONEDA C/TE

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VR. EJECUTADO (D)**	**SALDO CONTRATO (A+B-C-D)**
VIGENCIA AÑO 2025	$13.468.000	$0	$0	$13.468.000	$0
VIGENCIA AÑO 2026	$50.435.000	$0	$0	$14.410.000	$36.025.000
TOTAL CONTRATO	**$63.903.000**	**$0**	**$0**	**$27.878.000**	**$36.025.000**

Nombre del Supervisor	**DRA. DIANA CAROLINA MORENO REYES**	**Fecha de notificación :**	**13/02/2025**
Plazo de ejecución	**9 MESES**	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
		01/11/2025	31/7/2026
Vigencia del Contrato:	**2025**	vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.	
Prorrogas:		**En tiempo**	
		1-	
		2-	
		3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/02/16 y riesgos profesionales 2026/02/16 Planilla N° 51188405 -- correspondiente al mes de Febrero
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (Febrero); así mismo certifico que el/la contratista presentó 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 detallada el cuadro realcionado a continuacion:

REPUESTO	**EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO**	**MARCA**	**NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO**	**PLACA DEL EQUIPO**	**NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN**	**FECHA DE INGRESO**	**NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)**	**ESTADO (Instalado/ existencias almacen)**	**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

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):

INFORMACION GENERAL							
Entidad	**N° Planilla**	**Fecha de pago**	**SALUD**		**PENSION**		**RIESGOS PROFESIONALES**	
			Entidad	**Valor**	**Entidad**	**Valor**	**Entidad**	**Valor**

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: DRA. DIANA CAROLINA MORENO REYES			
NUMERO DE CEDULA:	1.014.219.304		
CELULAR :	3105537007	**CORREO:**	dcmoreno@hamil.gov.co

Diana Moreno

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