


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: 15-04-2025
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	

SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI PAGINA 1 DE 2

Fecha: 17/04/26	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	X	DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	abril 2026
No. de Contrato: SP-SSAA-1338-2025		VALOR	\$	109.573.000,00	
Nº de Proceso en el SECOPI II /Tienda: SP-GECO-0465-2025					
Objeto: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO ESPECIALISTA PATOLOGO EN EL SERVICIO DE PATOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL					
Nombre de: LINA MARCELA HUERFANO MUJAE		NIIT/ CC		52445653	
Clase de Contrato: Prestación de servicios profesionales		Modalidad de Contratación		PRESTACION DE SERVICIOS	
Cuenta Bancaria No. 079160966	Banco: BOGOTA	Tipo de	Ahorros	X	Corriente
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Aseguradora (Si aplica):	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):			

VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad		FECHA		DINAMICA No.	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 OBLIGACIÓN
	FECHA	FECHA										
VIGENCIA AÑO :2025	217625	03-09-2025	2176	03-09-2025	440725	11/11/2025						
VIGENCIA AÑO :2026	41926	07-01-2026	419	07-01-2026	40326	07/01/2026	ABRIL					\$ 12.804.000

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO \$12.804.000
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOCE MILLONES OCHOCIENTOS CUATRO MIL PESOS M-CTTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA 2025	\$ 19.945.000	N/A	N/A	\$19.945.000	\$0
VIGENCIA 2026	\$ 89.628.000	N/A	N/A	\$51.216.000	\$49.935.600
TOTAL CONTRATO	\$ 109.573.000,00	\$ -	\$ -	\$71.161.000	\$49.935.600

Nombre del Supervisor: DIANA CAROLINA MORENO REYES	Fecha de notificación: 11/11/2025
Plazo de ejecución: 11/11/2025	FECHA DE TERMINACION: 31/7/2026
Vigencia del Contrato:	VIGENCIA IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUATRO MESES MAS
Prorrogas:	En tiempo 1- 2- 3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Penalización 2026/03/12 y riesgos profesionales 2026/03/12 Planilla N°9501350491 – correspondiente al mes de MARZO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de MARZO; 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 SATISFACCIÓN**

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 relacionado a continuación:

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 almacén)	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

DESCRIPCIÓN 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.

Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	INFORMACIÓN GENERAL						
			SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES		
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	
APORTES EN LINEA	9501350491	12/03/2026	COMPENSAR	\$1,145,300	SKANDIA	\$1,557,800	BOLIVAR	\$223,200	
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO						CODIGO:	VERSIÓN	10
							Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: DIANA CAROLINA MORENO REYES	
NÚMERO DE CEDULA:	1014219304
CELULAR: 3105537007	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	X
Acta de supervisión y/o Factura	X	X
Pago de Seguridad Social	X	X

