

	<b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b> FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05 FECHA DE EMISIÓN: 15-04-2025
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS MANUAL: CONTRATACION PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	VERSIÓN: 10
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	19/05/26	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	X	DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	mayo 2026
No. de Contrato:	SP-SSAA-1338-2025		VALOR	\$	109.573.000,00	
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SP-GECO-0465-2025					

Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO ESPECIALISTA PATOLOGO EN EL SERVICIO DE PATOLOGIA PARA EL SERVICIO DE PATOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL					
Nombre de Contratista	LINA MARCELA HUERFANO MUJER		NTI/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)	Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):			

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL											
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad	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	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	MAYO				\$ 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	\$64.020.000	\$25.608.000
TOTAL CONTRATO	\$ 109.573.000,00	\$ -	\$ -	\$83.965.000	\$25.608.000

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

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/05/19 y riesgos profesionales 2026/05/19 Planilla N°9504845087 - correspondiente al mes de ABRIL en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de ABRIL; 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 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/enterrado/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):

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	9504845087	19/05/2026	COMPENSAR	\$900.000	SKANDIA	\$1.224.000	BOLIVAR	\$175.400
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO						CODIGO:	VERSIÓN: 10
							Página:	2 DE 2

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