| 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: 19-05-2024 |
| | MANUAL: CONTRATACION | VERSIÓN: 10 |
| | PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES | |
| | SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI | PAGINA 1 DE 2 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 24/04/2026 | **INFORME DE SUPERVISOR** | | **TRAMITE PARA PAGO** | X | **MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME** | ABRIL |
| **No. de Contrato:** | SP-SUMD-1374-2025 | | | **VALOR** | 49.110.000 | | |
| **N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual** | SP-GECO-0480-2025 | | | | | | |
| **Objeto** | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUDITOR MEDICO CONCURRENTE PARA LA UNIDAD MEDICO HOSPITALARIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL | | | | | | |
| **Nombre de Contratista** | HERNANDO LOZANO SANCHEZ | | | **NIT/ CC** | 19445748 | | |
| **Clase de Contrato** | Prestación de Servicios | | | **Modalidad de Contratación** | Contratación directa. | | |
| **Cuenta Bancaria No.** | 4662062179 | **Banco:** | COLPATRIA | **Tipo de Cuenta:** | Ahorros | X | Corriente |
| **Garantía Cumplimiento (Si aplica) :** | | **Aseguradora (Si aplica):** | | **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** | | | |

| VIGENCIA | INFORMACIÓN PRESUPUESTAL | | | | | | No. 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) No. | FECHA | DINAMICA No. | FECHA | Registro Presupuestal (RP) No. | FECHA CRP | | | | | |
| VIGENCIA AÑO 2026 | 33626 | 07/01/2026 | 336 | 7/01/2026 | 32826 | 07/01/2026 | ABRIL | | | | $ 5.802.000,00 |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | $ 5.802.000,00 |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS DOS MIL PESOS M/CTE.**

| VIGENCIA | VR. CONTRATO (A) | VR. ADICION (B) | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C ) | VR. EJECUTADO (D ) | SALDO CONTRATO (A+B-C-D) |
|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA AÑO 2025 | $ 8.496.000,00 | | | $ 8.496.000,00 | $ - |
| VIGENCIA AÑO 2026 | $ 40.614.000,00 | | | $ 23.208.000,00 | $ 17.406.000,00 |
| | | | | | $ - |
| | | | | | $ - |
| | | | | | $ - |
| | | | | | $ - |
| TOTAL CONTRATO | $ 49.110.000,00 | $ - | $ - | $ 31.704.000,00 | $ 17.406.000,00 |
| | | | | | $ - |

**DRA. JOHANA PAOLA CARRANZA CEPEDA** — **Fecha de notificación: 14/11/2025**

| | | |
|---|---|---|
| **Plazo de ejecución** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINACION** |
| | 14/11/2025 | 31/07/2026 |
| **Vigencia del Contrato** | Igual al palzo de ejecución y cuatro(4) meses más | |
| **Prorrogas:** | **En tiempo** | |
| | **1-** | |
| | **2-** | |
| | **3-** | |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales 2026/04/20 Planilla N° 5168740622 correspondiente al mes de marzo 2026
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 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 detalla da 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 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

| 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 $ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

| INFORMACIÓN GENERAL | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Entidad | N° Planilla | Fecha de pago | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS PROFESIONALES | |
| | | | Entidad | Valor | Entidad | Valor | Entidad | Valor |
| | | | | | | | | |

| FORMATO | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CODIGO: | VERSIÓN | 10 |
|---|---|---|---|---|
| | | Página: | 2 DE 2 | |

| | | |
|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Dra JOHANA PAOLA CARRANZA CEPEDA GRUPO DE HOSPITALIZACION.** | **FIRMA** | |
| **NÚMERO DE CEDULA:** | **52.243.297** | |
| **CELULAR : 320 8505911** | **CORREO: jcarranza@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 | | |
| Pago de Seguridad Social | x | 1 |