

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:	19/03/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	MAYO
--------	------------	-----------------------	--	-------------------	---	--	------

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 CONCURRENTENTE 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	MAYO				\$ 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			\$ 29.010.000,00	\$ 11.604.000,00
					\$ -
					\$ -
					\$ -
					\$ -
					\$ -
TOTAL CONTRATO	\$ 49.110.000,00	\$ -	\$ -	\$ 37.506.000,00	\$ 11.604.000,00
					\$ -

DRA. JOHANA PAOLA CARRANZA CEPEDA	Fecha de notificación: 13-11-2025
-----------------------------------	-----------------------------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	13/11/2025	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 2026/05/21 Planilla N° 5168943612 correspondiente al mes de abril 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 (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 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 (Instalad o/ existenci as	CANTIDA D	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓ N	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