

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

Fecha:	17/06/26	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	X	DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	junio 2026
--------	----------	-----------------------	-------------------	---	--------------------------------	------------

No. de Contrato:	SP-GSAA-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	LINA MARCELA HUERFANO MUJAE	NTI/ CC	52445652	
Clase de Contrato	Prestación de servicios profesionales	Modalidad de Contratación	PRESTACION DE SERVICIOS	
Cuenta Bancaria No.	079160966	Banco:	BOGOTA	Ahorros
Garantía		Fecha de aprobación de la Garantía (SI aplica):		Corriente
Cumplimiento (SI)				

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 ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
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	JUNIO				\$ 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	VL. CONTRATO (A)	VL. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VL. 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	\$76.824.000	\$12.804.000
TOTAL CONTRATO	\$ 109.573.000,00	\$ -	\$ -	\$96.769.000	\$12.804.000

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

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/06/17 y riesgos profesionales 2026/06/17 Planilla N°9506376395 – correspondiente al mes de MAYO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de MAYO; 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: Recurde 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 almacen)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

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.

INFORMACIÓN GENERAL									
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES		
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	
APORTES EN LINEA	9506376395	17/06/2026	COMPENSAR	\$1066600	SKANDIA	\$1.365200	BOLIVAR	\$207900	
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	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	X
Acta de supervisión y/o Factum	X	X
Pago de Seguridad Social	X	X