

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		PAGINA 1 DE 2	
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI				

Fecha:	5/15/2026	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JUNIO
--------	-----------	-----------------------	-------------------	---	--	-------

No. de Contrato:	PS-0230-2026	VALOR	\$	108,834,000.00
------------------	--------------	-------	----	----------------

N° de Proceso en el SECOPI II/Tienda virtual	CPS-GECO-0188-2026
--	--------------------

Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN PATOLOGIA PARA EL SERVICIO DE PATOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENT
--------	---

Nombre de Contratista	MARÍA CAMILA HERNÁNDEZ LÓPEZ	NIT/ CC	40,342,832
-----------------------	------------------------------	---------	------------

Clase de Contrato	Prestación de servicios	Modalidad de Contratación	Contratación directa.
-------------------	-------------------------	---------------------------	-----------------------

Cuenta Bancaria No.	004870382936	Banco:	DAVIVIENDA	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	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO 2026	153026	3/6/2026	1530	3/6/2026	163626	3/17/2026	JUNIO				12,804,000.00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	12,804,000.00
----------------------------	---------------

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (Doce millones ochocientos cuatro 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 2026	108,834,000			\$ 44,814,000.00	64,020,000
					0
					0
					0
					0
					0
					0
TOTAL CONTRATO	\$ 108,834,000.00	\$ -	\$ -	\$ 44,814,000.00	\$ 64,020,000.00

Nombre del Supervisor	Diana Carolina Moreno Reyes	Fecha de notificación:	16-03-2026
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
	3/16/2026	11/30/2026	
Vigencia del Contrato:	11/30/2026		
Prorrogas:	En tiempo		
	1-		
	2-		
	3-		

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 15-05-2026 y riesgos profesionales 18-06-2026 Planilla N° 9506475562 – 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 ABRIL ; así mismo certifico que el/la contratista presentó 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 ALMACÉN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado/ existencia s 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 \$ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL							
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad Valor
APORTES EN LINEA	9506475562	6/18/2026	famisanar	\$ 750,000.00	porvenir	\$ 960,000.00	sura \$ 148,200
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO					CODIGO:	VERSIÓN 10
						Página:	2 DE 2

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

D. Raula - No en

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