| 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:** | 4/02/2026 | **INFORME DE SUPERVISOR** | | **TRAMITE PARA PAGO** | x | **MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME** | **JUNIO** |
| **No. de Contrato:** | 344-2025 | | | **VALOR** | $ 1.361.833.500,00 | | |
| **N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual** | ASS-049-2025-HOMIL | | | | | | |
| **Objeto** | HOSPITALARIOS DE BIOLOGÍA MOLECULAR Y CITOGENÉTICA, PARA LA ATENCION DE USUARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL | | | | | | |
| **Nombre de Contratista** | GENCELL PHARMA SAS A HOMIL | | | **NIT/ CC** | 830071701 | | |
| **Clase de Contrato** | Prestación de servicios | | | **Modalidad de Contratación** | Contratación directa. | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cuenta Bancaria No.** | 0560004469993200 | **Banco:** | **Davivienda** | **Tipo de Cuenta:** | **Ahorros** | | **Corriente** | **x** |

| | | |
|---|---|---|
| **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 2025 | 142525 | 31/12/2025 | | | **517925** | 31/12/2025 | | | | | **$ 0** |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO** | | | | | | | | | | | **$ 0,00** |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: ( 0 pesos mcte)**

| **VIGENCIA** | **VR. CONTRATO (A)** | **VR. ADICION (B)** | **REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C )** | **VR. EJECUTADO (D )** | **SALDO CONTRATO (A+B-C-D)** |
|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA 2025 | **90.000.000** | | | **$ -** | 1.172.018.948 |
| VIGENCIA 2026 | **1.271.833.500** | | | | |
| | | | | | 0 |
| | | | | | 0 |
| | | | | | 0 |
| | | | | | |
| | | | | | 0 |
| | | | | | 0 |
| **TOTAL CONTRATO** | **$ 1.361.833.500,00** | **$ -** | **$ -** | **$ 189.814.552,00** | 1.361.833.500 |

| | |
|---|---|
| **Nombre del Supervisor Diana Carolina Moreno Reyes** | **Fecha de notificación: 30-12-2025** |

| **Plazo de ejecución** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINACION** |
|---|---|---|
| | **31/12/2025** | **31/07/2025** |
| **Vigencia del Contrato: 2025** | 31/12/2025 | |
| **Prorrogas:** | **En tiempo** | |
| | **1-** | |
| | **2-** | |
| | **3-** | |

**NOTA 1:**

**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** (para el mes de enero no se presentaron movimientos)

**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:** | **Diana Carolina Moreno Reyes** | |
| **NÚMERO DE CEDULA:** | **1014219304** | |
| **CELULAR :** | | **CORREO:** |

**DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:**

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