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:	18/08/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	Agosto

No. de Contrato:	SP-SSAA-1175-2025	**VALOR**	$92.723.000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0421-2025		
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGO CON EXPERIENCIA EN CITOGENETICA PARA EL SERVICIO DE PATOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	ANGÉLICA GIZETH LOZANO MARTÍNEZ	**NIT/ CC**	1.015.427.134
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	**Modalidad de Contratación**	CONTRATACIÓN DIRECTA

Cuenta Bancaria No.	111030299723	**Banco:**	FALABELLA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	X	**Corriente**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		**Asegurador a (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 2025	217525	03/09/2025	2175	03/09/2025	416225	31/10/2025					
VIGENCIA AÑO 2026	63426	07/01/2026	634	07/01/2026	60426	07/01/2026	Agosto				$7.205.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$7.205.000**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SIETE MILLONES DOSCIENTOS CINCO MIL PESOS MONEDA C/TE

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2025	$13.468.000	$0	$0	$13.468.000	$0
VIGENCIA AÑO 2026	$50.435.000	$28.820.000	$0	$57.640.000	$21.615.000
TOTAL CONTRATO	**$63.903.000**	**$28.820.000**	**$0**	**$71.108.000**	**$21.615.000**

Nombre del Supervisor	**DRA. DIANA CAROLINA MORENO REYES**	**Fecha de notificación :**	**01/11/2025**
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**	
	01/11/2025	31/7/2026	
Vigencia del Contrato:	vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.		
Prorrogas:	**En tiempo**		
	1- Desde el 01 de agosto al 30 de Noviembre del 2026		
	2-		
	3-		

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/08/13 y riesgos profesionales 2026/08/13 Planilla N° 94304930 – correspondiente al mes de Julio
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (Julio); 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 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):

INFORMACIÓN GENERAL

Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
Mi planilla	94304930	13/8/2026	Compensar	$360.900	Protección	$461.900	Colmena	$70.500

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: DRA. DIANA CAROLINA MORENO REYES			
NÚMERO DE CEDULA:	1.014.219.304		
CELULAR :	3105537007	**CORREO:**	dcmoreno@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	x	1
Pago de Seguridad Social	x	1