HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISION Y/O TRAMITE A PAGO	CODIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTION DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	20/11/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	x	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Noviembre

No. de Contrato:	SP-SSAA-1279-2025	VALOR	18980000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0448-2025		
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	BEJARANO LOPEZ LINA ROCIO	NIT/ CC	1026559678
Clase de Contrato	Prestación de Servicios	Modalidad de Contratación	Contratación Directa

Cuenta Bancaria No.	4862058366	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 2025	216425	3/09/2025			423525	1/11/2025	Noviembre	N/A	N/A	N/A	$ 2.000.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$2.000.000

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Dos millones de pesos m/cte.

VIGENCIA	VR. CONTRATO	VR. ADICION	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES	VR. EJECUTADO	SALDO CONTRATO
VIGENCIA AÑO 2025	$ 4.000.000			$ 2.000.000	$ 2.000.000
VIGENCIA AÑO 2026	$ 14.980.000				$ 14.980.000
TOTAL CONTRATO	$18.980.000	$0	$0	$2.000.000	$16.980.000

Nombre del Supervisc	NATHALIE GÓMEZ ANAYA	Fecha de notificación:	1/11/2025

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	1/11/2025	31/07/2026
Vigencia del Contrato: VIGENCIA AÑO 2025		
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

"NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/11/08 y riesgos profesionales 2025/11/08, Planilla N° 81591966– correspondiente al mes de OCTUBRE de 2025.
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de OCTUBRE; 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 (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 supervis

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.

INFORMACION GENERAL								
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSION		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 Enc.	NATHALIE GÓMEZ ANAYA	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	63,541,443		
CELULAR :		CORREO:	nagomez@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1