

		HOSPITAL MILITAR CENTRAL FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE A PAGO UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS MANUAL: CONTRATACIÓN PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES				CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FI-05 FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024 VERSIÓN: 10 PAGINA 1 DE 2								
Fecha: 27/01/2026		INFORME DE SUPERVISOR		TRÁMITE PARA PAGO		x		MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		Enero				
No. de Contrato: SP-SSAA-1280-2025		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: DIAZ MANCERA OSCAR IVAN		NIT/ CC		11511238										
Clase de Contrato: Prestación de Servicios		Modalidad de Contratación		Contratación Directa										
Cuenta Bancaria No. 24117037449		Banco: BANCO CAJA SOCIAL		Tipo de Cuenta: Ahorros		X		Corriente						
Garantía Cumplimiento (Si aplica):		Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):										
VIGENCIA		Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.		FECHA		DINAMICA No.		FECHA		Registro Presupuestal (RP) No.				
VIGENCIA AÑO 2025		51326		7/01/2026		49526		7/01/2026		No. FACTURA y/o MES DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO				
										Enero				
										FECHA FACTURA				
										ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO				
										ALMACEN AL QUE INGRESA				
										VALOR OBLIGACIÓN				
										\$ 2.140.000				
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$2.140.000				
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Dos millones ciento cuarenta mil pesos m/cte.														
VIGENCIA		VR. CONTRATO		VR. ADICION		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES		VR. EJECUTADO		SALDO CONTRATO				
VIGENCIA AÑO 2025		\$ 4.000.000						\$ 4.000.000		\$ -				
VIGENCIA AÑO 2026		\$ 14.980.000						\$ 2.140.000		\$ 12.840.000				
TOTAL CONTRATO		\$18.980.000				\$0		\$0		\$12.840.000				
Nombre del Superviso		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 2026-01-02 y riesgos profesionales 2026-01-02, Planilla N° 1077780253- correspondiente al mes de Diciembre 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 Diciembre; 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: 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 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
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: Se detecta oportunidad de mejora para CUATRO (4) errores en la asignación de citas, durante el mes de enero 2026														
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	Entidad	SALUD	Valor	Entidad	PENSION	Valor	Entidad	RIESGOS PROFESIONALES	Valor			
FORMATO														
INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO														
CÓDIGO: 10 Página: 2 DE 2														
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR Enc. NATHALIE GÓMEZ ANAYA														
FIRMA														
NÚMERO DE CEDULA: 63,541,443														
CELULAR :														
CORREO: nagomez@hml.gov.co														
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:														
DOCUMENTOS														
Informe de Actividades con sus soportes														
Acta de supervisión y/o Factura														
Pago de Seguridad Social														
SI														
X														
X														
X														
N° FOLIOS														
1														
1														
1														