



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:	20/3/2026	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	MARZO
---------------	-----------	------------------------------	--------------------------	----------	---	-------

No. de Contrato:	PS-0101-2026	VALOR	\$ 24.610.000
-------------------------	--------------	--------------	---------------

Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda	PS-GECO-0084-2026
---	-------------------

Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL AREA DE ATENCION AL USUARIO Y RELACIONAMIENTO DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
---------------	--	--	--

Nombre de Contratista	CRUZ BAENA ANGELICA TATIANA	NIT/ CC	1.019.077.297
------------------------------	-----------------------------	----------------	---------------

Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA
--------------------------	-------------------------	----------------------------------	----------------------

Cuenta Bancaria No.	550488423090122	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	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
2026	52226	7/1/2026	522	15/1/2026	125926	16/1/2026	MARZO				\$ 2.140.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 2.140.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES CIENTO CUARENTA 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)
2026	24.610.000,00			5.350.000,00	19.260.000,00
TOTAL CONTRATO	\$ 24.610.000,00	\$ -	\$ -	\$ 5.350.000,00	\$ 19.260.000,00

Nombre del Supervisor LUISA FERNANDA ACERO MUÑOZ	Fecha de notificación: 02/02/2026
---	--

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	16/1/2026	31/12/2026

Vigencia del Contrato: vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.

Prorrogas:	En tiempo
	1-
	2-
	3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/03/18 y riesgos profesionales 2026/03/18 Planilla N° 9501030734 – correspondiente al mes de Febrero en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (Febrero); 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 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 o existencias)	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.

Entidad	Nº Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
Aportes en Línea	9501030734	18/3/2026	Compensar	280.200	Porvenir	218.900	Colmena	42.700

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: LUISA FERNANDA ACERO MUÑOZ		FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	1.022.381.861		
CELULAR : 6013486868 extensión 3025		CORREO: lacero@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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