


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					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-0078-2026	VALOR	\$ 25.680.000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	PS-GECO-0070-2026		

Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL AREA DE ATENCION AL USUARIO Y RELACIONAMIENTO CIUDADANO DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -						
Nombre de Contratista	GOMEZ VASQUEZ JOSE GERARDO	NIT/ CC	80.008.087				
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA				
Cuenta Bancaria No.	0550488410588799	Banco:	DAVIENDA	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 PRESTACIÓN 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 2026	52226	7/1/2026	522	27/1/2026	123226	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	25.680.000,00			6.420.000,00	19.260.000,00
TOTAL CONTRATO	\$ 25.680.000,00	\$ -	\$ -	\$ 6.420.000,00	\$ 19.260.000,00

Nombre del Supervisor LUISA FERNANDA ACERO MUÑOZ **Fecha de notificación:** 27/01/2026

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO 16/1/2026	FECHA DE TERMINACION 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 2026/03/09 y riesgos profesionales 2026/03/09 Planilla N° 9500765330 – 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 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 detalla da el cuadro reacionado 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 (Instalad o/ existenci as)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

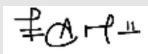
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

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 anexas el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL								
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
Aportes en Línea	9500765330	9/3/2026	Compensar	218.900	Porvenir	280.200	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	CORREO: lacero@homil.gov.co	
CELULAR : 6013486868 extensión 3025		

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	