



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: 30-05-2024							
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10							
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					PAGINA 1 DE 1							
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI												
Fecha:	18/03/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Marzo							
No. de Contrato:	1373-2025				VALOR	\$49.110.000								
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0480-2025													
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PROFESIONAL EN SALUD ESPECIALISTA AUDITOR PARA LA UNIDAD MEDICO HOSPITALARIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	KATHERIN JHOANA GONZALEZ SANDOVAL			NIT/CC	1019116178									
Clase de Contrato	CONTRATACION DIRECTA			Modalidad de Contratación	PRESTACION DE SERVICIOS									
Cuenta Bancaria No.	08407228724	Banco:	BANCOLOMBIA		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 2026	33826	7/1/2026	338	7/1/2026	33026	7/1/2026		Marzo			\$5.802.000			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$5.802.000				
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS DOS MIL PESOS M/CTE														
CINCO MILLONES OCHOCIENTOS DOS 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)						
2025	\$8.496.000						\$ 8.496.000,00	\$ -						
2026	\$40.614.000	\$ -					\$ 17.406.000,00	\$ 23.208.000,00						
TOTAL CONTRATO										\$ 25.902.000,00	\$ 23.208.000,00			
Nombre del Supervisor: Dra. Johana Paola Carranza Cepeda					Fecha de notificación: 14/11/2025									
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		14/11/2025				31/7/2026								
Vigencia del Contrato:		El presente Contrato de Prestación de Servicios tendrá una vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.												
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
<p>NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/03/05 y riesgos profesionales 2026/03/05 Planilla N° 63593542 – correspondiente al mes de Marzo en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (MARZO); 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</p> <p>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.</p> <p>NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro realcionado a continuacion:</p>														
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
<p>NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión</p>														
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):														
<p>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.</p>														
INFORMACIÓN GENERAL														
Entidad		N° Planilla		Fecha de pago		SALUD			PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES			
MIPLANILLA		63593542		05/03/2026		Entidad		Entidad		Entidad		Entidad		Valor
						SANITAS		COLPENSI		ARL SURA		ARL SURA		\$56.600
								NES						\$371.400
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Dra. Johana Paola Carranza Cepeda					FIRMA									
NÚMERO DE CEDULA: 52.243.297					CORREO: jcarranza@homil.gov.co									
CELULAR: 3208505911														
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:														
DOCUMENTOS										SI		N° FOLIOS		
Informe de Actividades con sus soportes										X				
Acta de supervisión y/o Factura														
Pago de Seguridad Social										X		1		

