


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:	24/03/2026	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	MARZO
--------	------------	-----------------------	-------------------	---	--	-------

No. de Contrato:	PS-0025-2026	VALOR	60.444.000,00
------------------	--------------	-------	---------------

N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SP-GECO-0023-2026
--------------------------------------	-------------------

Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADOR PUBLICO PARA LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO (AREA DE NOMINA Y PRESTACIONES SOCIALES) DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL
--------	---

Nombre de Contratista	ZUNILDA COLLAZOS BALLEEN	NIT/ CC	55.159.930
-----------------------	--------------------------	---------	------------

Clase de Contrato	Prestación de servicios	Modalidad de Contratación	Contratación directa.
-------------------	-------------------------	---------------------------	-----------------------

Cuenta Bancaria No.	18667513517	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					
2026	118826	9/01/2026	1188	9/01/2026	119526	13/01/2026	MARZO				\$ 5.037.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 5.037.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Cinco millones treinta y siete 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	60.444.000,00			15.111.000,00	45.333.000,00
TOTAL CONTRATO	\$ 60.444.000,00	\$ -	\$ -	\$ 15.111.000,00	\$ 45.333.000,00

Nombre del Supervisor Nadya Michelle Martínez Sierra	Fecha de notificación: 01-01-2026
--	-----------------------------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	1/01/2026	31/12/2026

Vigencia del Contrato:	vigencia igual al plazo de ejecución y doce (12) meses más.
------------------------	---

Prorrogas:	En tiempo
	1-
	2-
	3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/03/24 y riesgos profesionales 2026/03/24 Planilla N°69999885- correspondiente al mes de Febrero 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 / existencia y 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 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	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		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: NADYA MICHELLE MARTINEZ SIERRA

NÚMERO DE CEDULA: 53066950

CELULAR : 315 6128662

CORREO: jimartinez@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		2
Acta de supervisión y/o Factura		2
Pago de Seguridad Social		1