	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE A PAGO		CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS		FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES		PÁGINA 1 DE 2

Fecha:	13/05/2026	INFORME DE SUPERVISOR	TRÁMITE PARA PAGO	x	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Abril
--------	------------	-----------------------	-------------------	---	--	-------

No. de Contrato:	N°PS-0244-2026	VALOR	6919300
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0197-2026		

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	LEIDY VIVIANA CHINCHILA PRIETO	NIT/CC	1010166972
-----------------------	--------------------------------	--------	------------

Clase de Contrato	Prestación de Servicios	Modalidad de Contratación	Contratación Directa
-------------------	-------------------------	---------------------------	----------------------

Cuenta Bancaria No.	912-995-843-19	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
	Certificada de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINÁMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO 2026	166926	15/04/2026			195626	24/04/2026	Abril	N/A	N/A	N/A	\$ 499.300
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$499.300

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Cuatrocientos noventa y nueve mil trescientos pesos m/cte.

VIGENCIA	VR. CONTRATO	VR. ADICION	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES	VR. EJECUTADO	SALDO CONTRATO
VIGENCIA AÑO 2026	\$ 6.919.300			\$ 499.300	\$ 6.420.000
TOTAL CONTRATO	\$6.919.300	\$0	\$0	\$499.300	\$6.420.000

Nombre del Supervisor	NATHALIE GÓMEZ ANAYA	Fecha de notificación:	27/04/2026
-----------------------	----------------------	------------------------	------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
	27/04/2026	31/07/2026

Vigencia del Contrato:	VIGENCIA AÑO 2026
------------------------	-------------------

Prorrogas:	En tiempo
	1-
	2-
	3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026-03-26 y riesgos profesionales 2026-03-26, Planilla N° 8370650907 - correspondiente al mes de marzo de 2026. 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 de 2026; 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:

NOTA 3:

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

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

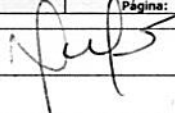
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES: Se detecta oportunidad de mejora para UN (1) error 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	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES			
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR Enc.	NATHALIE GÓMEZ ANAYA	FIRMA	
---	----------------------	-------	---

NÚMERO DE CEDULA:	63,541,443
-------------------	------------

CELULAR:		CORREO:	nagomez@homi.gov.co
----------	--	---------	---------------------

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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