


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												
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI											PAGINA 1 DE 2			
Fecha:	19/5/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		MAYO 2026				
N° de Contrato:	SP-SSAA-0892-2025			VALOR		\$ 43.300.000								
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0382-2025													
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGO PARA EL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO DE ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	ANGELA MARIA CÓRDOBA BERIO				NIT/ CC		CC. N° 1003927530							
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación		CONTRATACIÓN DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.	53-600-000-189	Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente						
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : N/A		Aseguradora (Si aplica):			Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):									
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						N° 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) N°	FECHA	DINAMIC A N°	FECHA	Registro Presupues tal (RP) N°	FECHA CRP								
VIGENCIA AÑO 2026	114926	9/1/2026	1149	9/1/2026	107526	9/1/2026	MAYO				\$ 4.882.000			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 4.882.000			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL PESOS m/cte.														
OBSERVACIONES:														
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)			REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)				
VIGENCIA AÑO 2025	\$ 9.126.000							\$ 9.126.000		\$ 0				
VIGENCIA AÑO 2026	\$ 34.174.000							\$ 24.410.000		\$ 9.764.000				
TOTAL CONTRATO	\$ 43.300.000		\$ 0			\$ 0		\$ 33.536.000		\$ 9.764.000				
Nombre del Supervisor: SMSM ELIZABETH BENITEZ CELY					Fecha de notificación: 05 ENERO DEL 2026									
Plazo de ejecución: NUEVE (9) MESES			FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION							
			1/11/2025				31/7/2026							
Vigencia del Contrato:			Igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más											
Prorrogas:			En tiempo											
			1-											
			2-											
			3-											
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y Riesgos Profesionales 04/MAYO /2026 Planilla N° 79687763 correspondiente al mes de ABRIL 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 (ABRIL 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 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 continuacion:														
REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FEC HA DE IN GR ES	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO	CANTID AD	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														


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

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 \$ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL								
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			En	Valor	Entid	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SMSM ELIZABETH BENITEZ CELY				FIRMA			
NÚMERO DE CEDULA:		52.917.414					
CELULAR : 3142472419				CORREO: ebenitez@homil.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