HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	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:	**20 DE MAYO DE 2026**	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	**X**	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO**	**MAYO DE 2026**

No. de Contrato:	SP-SSAA-1294-2025	**VALOR**	**23.797.000**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SP-GECO-0443-2025		
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA		
Nombre de Contratista	**JESUS ESTEBAN BERMUDEZ SANCHEZ**	**NIT/ CC**	**1.023.001.619**
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	**Modalidad de Contratación**	**CONTRATACION DIRECTA**

Cuenta Bancaria No.	**488-418751-480**	**Banco:**	**Davivienda**	**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**	**FECHA FACTURA**	**ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE**	**ALMACEN AL QUE INGRES**	**VALOR OBLIGACIÓ**
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal	**FECHA**	**DINAMICA No.**	**FECHA**	**Registro Presupuestal (RP) No.**	**FECHA CRP**					
VIGENCIA AÑO 2026	**57326**	**7/01/2026**	**573**	**7/01/2026**	**54526**	**7/01/2026**	**MAYO DE 2026**				**2.683.000**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**2683000**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE.)

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VR. EJECUTADO (D)**	**SALDO CONTRAT (A+B-C-D)**
VIGENCIA AÑO 2025	5.016.000			5.016.000	**$**
VIGENCIA AÑO 2026	**18.781.000**			**$ 13.415.000,00**	**$ 5.366.000,**
TOTAL CONTRATO	**$ 23.797.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 18.431.000,00**	**$ 5.366.000,**

Nombre del Supervisor : Mayor Brian Ingerman Sánchez Ayala .MD **Fecha de notificación:1/11/2025**

	FECHA DE INICIO	**FECHA DE TERMINACION**
Plazo de ejecución	**01 de Noviembre de 2025**	**31 de Julio de 2026**
Vigencia del Contrato:	09 Meses	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pension.Planilla No. 77285262 - 2026/05/ 08 y riesgos profesionales 2026/05/14 Planilla N° 80470764 – correspondiente al mes de ABRIL en condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (ABRIL); así mismo certifico que el/la contratista presento 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. DO' 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 realcionado a continuacion:

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	OBSERVACIONI

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

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	OBSERVACIONI

OBSERVACIONES :

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 PROFESIONALE**	
			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 : Mayor Brian Ingerman Sánchez Ayala .MD		FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	Cc.14622465 de Cali		
CELULAR :		CORREO: urgencias@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	x	1
Acta de supervisión y/o Factura	x	1
Pago de Seguridad Social	x	1