



HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-F1-05					
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS				FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024					
		MANUAL: CONTRATACION				VERSIÓN: 10					
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES				PAGINA 1 DE 2					
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGT									
FECHA:	20/05/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	MAYO				
No. de Contrato:	SP-SSAA-0466-2025			VALOR	43.300.000,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-350-2025										
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIÓLOGO PARA EL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE Y GESTIÓN PRETRANSFUSIONAL DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL										
Nombre de Contratista	MARIA CAMILA BELTRÁN PÉREZ			NIT/ CC	1030684449						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	10800006425	Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X Corriente				
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : N/A		Aseguradora (Si aplica): N/A		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): N/A							
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL											
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
VIGENCIA AÑO 2026	33926	7/01/2026	339	7/01/2026	33126	7/01/2026	MAYO				\$ 4.882.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL PESOS											
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)						
2025	\$ 9.126.000,00			\$ 9.126.000,00	\$ 0,00						
2026	\$ 34.174.000,00			\$ 24.410.000,00	\$ 9.764.000,00						
TOTAL CONTRATO	\$ 43.300.000,00	\$ -	\$ -	\$ 33.536.000,00	\$ 9.764.000,00						
Nombre del Supervisor: DIANA CAROLINA JAIMES CACERES				Fecha de notificación: 13/11/2025							
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACION						
		1/11/2025			31/07/2026						
Vigencia del Contrato:		La vigencia será igual al plazo de ejecución y cuatro (04) meses más									
Prorrogas:		En tiempo									
		1-									
		2-									
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 06/05/2026 ; riesgos profesionales 06/05/2026 Planilla N° 78582848 correspondientes al mes de ABRIL En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de ABRIL 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:											

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

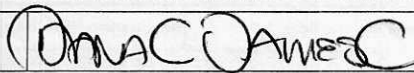
REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado/ existencias almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
----------	--------------------------------------	-------	----------------------------	------------------	------------------------------	------------------	-----------------------------	---	----------	----------------------------------	----------------------	----------------	-------------	---------------

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 (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.

Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	INFORMACIÓN GENERAL					
			SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			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: DRA. DIANA CAROLINA JAIMES CACERES		FIRMA 	
NÚMERO DE CEDULA:	52956521	CORREO: djaimes@homil.gov.co	
CELULAR :			

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