




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				PAGINA 1 DE 2					
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI											
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:	N°SP-SSAA-0467-2025		VALOR	43,300,000,00							
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECCO-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	ANDREINA DURAN ANGARITA		NIT/ CC	1090459253							
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS		Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.	24111427284	Banco:	CAJA SOCIAL	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente				
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Aseguradora (Si aplica):	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): N/A									
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	32726	7/01/2026	327	7/01/2026	32026	7/01/2026	MAYO				\$ 4.882.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											
\$ 4.882.000,00											
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL PESOS											
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (D)	REDUCCIONES y/o LIDERACIONES (C)			VR. EJECUTADO (E)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)				
2025	\$ 9.126.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00			\$ 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 11/05/2026 y riesgos profesionales 11/05/2026 Planilla No. 37026980 correspondiente 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/D YRAMITE A PAGO										CÓDIGO: GA-GECD-MN-01-FT-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 GESTIÓN INTEGRADO SGI																	
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/ obsoleto)	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																	
DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	ÁREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO			HD. 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			Entidad			Entidad			Entidad		
									SALUD			PENSIÓN			RIESGOS PROFESIONALES		
									Valor			Valor			Valor		
FORMAYO												CÓDIGO:			VERSIÓN 10		
												Página:			2 DE 2		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: OIANA CAROLINA JAIMES CACERES								FIRMA 									
NÚMERO DE CEDULA:			52956521														
CELULAR :								CORREO: djaimes@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			2						
Pago de Seguridad Social								x			1						