

 <b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>		<b>FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO</b>			<b>CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05</b>	
		<b>UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS</b>			<b>FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024</b>	
		<b>MANUAL: CONTRATACION</b>			<b>VERSIÓN: 10</b>	
		<b>PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES</b>			<b>PAGINA 1 DE 2</b>	
<b>SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI</b>						

<b>Fecha:</b>	20/05/2026	<b>INFORME DE SUPERVISOR</b>	<b>TRAMITE PARA PAGO</b>	<b>X</b>	<b>MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME</b>	<b>MAYO</b>
---------------	------------	------------------------------	--------------------------	----------	---	-------------

<b>No. de Contrato:</b>	PS-0028-2026	<b>VALOR</b>	81.708.000,00
<b>N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual:</b>	PS - GECO-0026-2026		
<b>Objeto</b>	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO ESPECIALISTA PARA LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL.		
<b>Nombre de Contratista</b>	MARTHA LILIANA LEGUIZAMO JURADO	<b>NIT/CC</b>	51.937.895
<b>Clase de Contrato</b>	Prestación de servicios	<b>Modalidad de Contratación</b>	Contratación directa.
<b>Cuenta Bancaria No.</b>	142313543	<b>Banco:</b>	BBVA
		<b>Tipo de Cuenta:</b>	Ahorros X Corriente
<b>Garantía Cumplimiento (Si aplica):</b>		<b>Aseguradora (Si aplica):</b>	
		<b>Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):</b>	

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
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
2026	115826	9/01/2026	1158	9/01/2026	120026	13/01/2026	MAYO				\$ 6.809.000,00
<b>VALOR AUTORIZADO PARA PAGO</b>											\$ 6.809.000,00

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SEIS MILLONES OCHOCIENTOS NUEVE MIL PESOS M/CTE**

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2026	81.708.000,00			34.045.000,00	47.663.000,00
<b>TOTAL CONTRATO</b>	<b>\$ 81.708.000,00</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ 34.045.000,00</b>	<b>\$ 47.663.000,00</b>

<b>Nombre del Supervisor</b> NADYA MICHELLE MARTINEZ SIERRA	<b>Fecha de notificación:</b> 20/05/2026
<b>Plazo de ejecución</b>	<b>FECHA DE INICIO</b> 13/01/2026 <b>FECHA DE TERMINACION</b> 31/12/2026
<b>Vigencia del Contrato:</b>	vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.
<b>Prorrogas:</b>	En tiempo 1- 2- 3-

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/05/01 y nesgos profesionales 2026/05/01 Planilla N° 79842001- correspondiente al mes de MAYO 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 (MAYO); así mismo certifico que el/la contratista presentó 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 relacionado a continuación:

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	ÁREA 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 \$ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	INFORMACIÓN GENERAL			
			Entidad	Valor	Entidad	Valor
MI PLANILLA	79842001	6/05/2026	COMPENSAR	\$ 340,50	COLPENSIONES	\$ 435,80
					SURA	\$ 66,40

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

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:** NADYA MICHELLE MARTINEZ SIERRA

**NÚMERO DE CEDULA:** 53066950 **CORREO:** nmmartinez@homil.gov.co

**CELULAR :** 315 6128662

**DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:**

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		2
Acta de supervisión y/o Factura		2
Pago de Seguridad Social		1