


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

Fecha: 21/5/2026	INFORME DE SUPERVISOR	TRÁMITE PARA PAGO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Mayo
------------------	-----------------------	-------------------	--	------

No. de Contrato: N°PS-0244-2026	VALOR	6919300
N° de Proceso en el RECOPI II /Tienda virtual: SP-GECO-0577-2026		
Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista: LEIDY VIVIANA CHINCHILLA PRIETO	NTI/CC	1010166972
Clase de Contrato: Prestación de Servicios	Modalidad de Contratación	Contratación Directa
Cuenta Bancaria No. 912-995-843-19	Banco: BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta: Ahorros X Corriente
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Aseguradora (Si aplica):	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL											
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DIRECCION No.	FECHA	Registro Presupuestal (RNP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACEN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
VIGENCIA AÑO 2026	166926	15/4/2026			195626	24/4/2026	Mayo	N/A	N/A	N/A	\$ 2.140.000

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO \$2.140.000

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Dos millones ciento cuarenta mil pesos m/cte.

VIGENCIA	VL. CONTRATO	VL. ADICION	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES	VL. EJECUTADO	SALDO CONTRATO
VIGENCIA AÑO 2026	\$ 6.919.300			\$ 2.639.300	\$ 4.280.000
TOTAL CONTRATO	\$6.919.300	\$0	\$0	\$2.639.300	\$4.280.000

Nombre del Supervisor: NATHALIE GÓMEZ ANAYA	Fecha de notificación: 27/4/2026
Plazo de ejecución: 27/4/2026	FECHA DE INICIO
	FECHA DE TERMINACION
	31/7/2026

Vigencia del Contrato: VIGENCIA AÑO 2026

En tiempo

1-  
2-  
3-

PROTORGES:

\*NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/05/14 y riesgos profesionales 2026/05/14, Planilla N° 80656717 - correspondiente al mes de abril 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 abril de 2026; así mismo certifico que el/la contratista presentó al 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:

NOTA 3:

REPORTE	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPORTE	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Completado, pendiente, etc)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
---------	-------------------------------------	-------	----------------------------	------------------	------------------------------	------------------	-----------------------------	-------------------------------------	----------	----------------------------------	----------------------	----------------	-------------	---------------

NOTA 4: En las casillas debe registrarse al equipo al 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: Se detecta oportunidad de mejora para UN (1) error en la asignación de citas, durante el mes de enero 2026

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	SALUD		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR Enc. NATHALIE GÓMEZ ANAYA	FIRMA
NÚMERO DE CEDULA: 63,541,443	
CELULAR:	CORREO: n.gomez@hbcumil.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