

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: 19-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	PAGINA 1 DE 2
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		

Fecha:	25/5/2026	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	MAYO
--------	-----------	-----------------------	-------------------	---	--	------

No. de Contrato:	PS-0109-2026	VALOR	66.986.400,00
------------------	--------------	-------	---------------

Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda	PS-0109-2026
--------------------------------------	--------------

Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO INDUSTRIAL ESPECIALISTA PARA EL ÁREA DE GESTION DE CALIDAD DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL
--------	--

Nombre de Contratista	CINDY ALEXIS GONZALEZ OLAYA	NIT/ CC	1014177437
-----------------------	-----------------------------	---------	------------

Clase de Contrato	Prestación de servicios	Modalidad de Contratación	Contratación directa,
-------------------	-------------------------	---------------------------	-----------------------

Cuenta Bancaria No.	62726141270	Banco:	BANCOLOMBIA	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 SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
2026	126726	15/1/2026	1267	NA	138426	27/1/2026	MAYO				\$ 5.876.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 5.876.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y SEIS 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	66.986.400,00			25.854.400,00	41.132.000,00
TOTAL CONTRATO	\$ 66.986.400,00	\$ -	\$ -	\$ 25.854.400,00	\$ 41.132.000,00

Nombre del Supervisor: TC María Claudia Gómez Zerdas	Fecha de notificación: 11/5/2026
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO 19/1/2026 FECHA DE TERMINACION 31/12/2026
Vigencia del Contrato:	vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/05/04 y riesgos profesionales 2026/05/04 Planilla N° 9503594234- 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 de 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 SATISFACCIÓN	
1- 2- PLACA DEL EQUIPO	

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 reacionado 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 / existencia s 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 esta 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 \$ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL							
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES
			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: TC Maria Claudia Gómez Zepeda		37.948.181		
NUMERO DE CEDULA:		CORREO:cgomez@homil.gov.co		
CELULAR : 3133763119				

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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