


<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>SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI</b>	
						<b>PAGINA 1 DE 2</b>	

<b>Fecha:</b>	21/5/2026	<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>	MAYO
---------------	-----------	------------------------------	--------------------------	----------	---	------

<b>No. de Contrato:</b>	PS-0078-2026	<b>VALOR</b>	\$ 25.680.000
-------------------------	--------------	--------------	---------------

<b>N° de Proceso en el SECOP II /Tienda</b>	PS-GECO-0070-2026
---	-------------------

<b>Objeto</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL AREA DE ATENCION AL USUARIO Y RELACIONAMIENTO CIUDADANO DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR		
---------------	--	--	--

<b>Nombre de Contratista</b>	GOMEZ VASQUEZ JOSE GERARDO	<b>NIT/ CC</b>	80.008.087
------------------------------	----------------------------	----------------	------------

<b>Clase de Contrato</b>	PRESTACION DE SERVICIOS	<b>Modalidad de Contratación</b>	CONTRATACION DIRECTA
--------------------------	-------------------------	----------------------------------	----------------------

<b>Cuenta Bancaria No.</b>	0550488410588799	<b>Banco:</b>	DAVIVIENDA	<b>Tipo de Cuenta:</b>	Ahorros	<b>X</b>	Corriente
----------------------------	------------------	---------------	------------	------------------------	---------	----------	-----------

<b>Garantía Cumplimiento (Si aplica):</b>	Aseguradora (Si aplica):	<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					
VIGENCIA AÑO 2026	52226	7/1/2026	522	27/1/2026	123226	16/1/2026	MAYO				\$ 2.140.000,00
<b>VALOR AUTORIZADO PARA PAGO</b>											\$ 2.140.000,00

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES CIENTO CUARENTA 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	25.680.000,00			10.700.000,00	14.980.000,00
<b>TOTAL CONTRATO</b>	\$ 25.680.000,00	\$ -	\$ -	\$ 10.700.000,00	\$ 14.980.000,00

<b>Nombre del Supervisor</b>	LUISA FERNANDA ACERO MUÑOZ	<b>Fecha de notificación:</b>	27/01/2026
------------------------------	----------------------------	-------------------------------	------------

<b>Plazo de ejecución</b>	<b>FECHA DE INICIO</b>	<b>FECHA DE TERMINACION</b>
	16/1/2026	31/12/2026

<b>Vigencia del Contrato:</b>	vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.
-------------------------------	--

<b>Prorrogas:</b>	<b>En tiempo</b>
	1-
	2-
	3-

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/05/14 y riesgos profesionales 2026/05/14 Planilla N° 9504074717 – 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:

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 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 \$ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
Aportes en Línea	9504074717	14/5/2026	Compensar	218.900	Porvenir	280.200	Colmena	42.700

<b>FORMATO</b>	<b>INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>10</b>
		<b>Página:</b>	<b>2 DE 2</b>	

<b>NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:</b>	LUISA FERNANDA ACERO MUÑOZ	<b>FIRMA</b>	
--	----------------------------	--------------	---

<b>NÚMERO DE CEDULA:</b>	1.022.381.861	<b>CORREO:</b>	lacero@homil.gov.co
--------------------------	---------------	----------------	---------------------

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

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