

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:	9/06/2026	INFORME DE SUPERVISOR					TRAMITE PARA PAGO		X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		MAYO		
No. de Contrato:	PS-0105-2026						VALOR	76.606.400,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	PS-GECO-0088-2026													
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PROFESIONAL ESPECIALISTA PARA EL AREA DE GESTION CONTRATOS, SELECCIÓN PERSONAL, SEGUIMIENTO, EJECUCION Y APOYO CONTRACTUAL DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	FABIAN ANDRES OVIEDO OCAMPO						NIT/ CC	1099709157						
Clase de Contrato	Prestación de servicios						Modalidad de Contratación	CONTRATACIÓN DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	0550488404446525		Banco:	BANCO DAVIVIENDA			Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente				
Garantía Cumplimiento (Si aplica):			Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):									
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL													
	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			
2026	111326	8/01/2026	1258	16/01/2026	125626	16/01/2026	MAYO				\$ 6.604.000,00			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 6.604.000,00			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Seis millones seiscientos cuatro 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	76.606.400,00						30.378.400,00		46.228.000,00					
TOTAL CONTRATO	\$ 76.606.400,00		\$ -		\$ -		\$ 30.378.400,00		\$ 46.228.000,00					
Nombre del Supervisor Miguel Angel Obando Castillo														
Fecha de notificación: 16/01/2026														
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO						FECHA DE TERMINACION						
		16/01/2026						31/12/2026						
Vigencia del Contrato:		2026												
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/05/22 y riesgos profesionales 2026/05/22 planilla No. 84958173- 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 / existencias almacen)	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.														
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: Miguel Angel Obando Castillo				
NÚMERO DE CEDULA:		79572446		
CELULAR : 3022909209		CORREO: mobando@homil.gov.com		

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	x	4
Acta de supervisión y/o Factura	x	2
Acta informe final de supervisión		
Pago de Seguridad Social	x	1