

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FY-05						
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024						
		MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10						
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES						PAGINA 1 DE 1						
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI												
Fecha:	22/05/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X		TRAMITE PARA PAGO			MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	MAYO					
No. de Contrato:	1373-2025				VALOR		\$49.110.000							
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0480-2025													
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PROFESIONAL EN SALUD ESPECIALISTA AUDITOR PARA LA UNIDAD MEDICO HOSPITALARIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	KATHERIN JHOANA GONZALEZ SANDIOVAL				NIT/ CC		1019116178							
Clase de Contrato	CONTRATACION DIRECTA				Modalidad de Contratación		PRESTACION DE SERVICIOS							
Cuenta Bancaria No.	08407228724		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	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP								
	VIGENCIA AÑO (Ej:2025)	33826	7/1/2026	338	7/1/2026	33026						7/1/2026		
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$5.802.000			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS DOS 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)					
2025	\$8.496.000						\$ 8.496.000,00		\$ -					
2026	\$40.614.000		\$ -				\$ 29.010.000,00		\$ 11.604.000,00					
TOTAL CONTRATO	\$ 49.110.000,00		\$ -		\$ -		\$ 37.506.000,00		\$ 11.604.000,00					
Nombre del Supervisor: Dra. Johana Paola Carranza Cepeda														
Fecha de notificación: 14/11/2025														
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		14/11/2025				31/7/2026								
Vigencia del Contrato:		El presente Contrato de Prestación de Servicios tendrá una vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.												
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/05/04 y riesgos profesionales 2026/05/04 Planilla N° 79746865 – correspondiente al mes de Mayo 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 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 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/ 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	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 \$ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.														
INFORMACIÓN GENERAL														
Entidad	N° Planilla		Fecha de pago		SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES					
					Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor				
MIPLANILLA	79746865		04/05/2026		SANTAS	\$290.100	COLPENSI ONES	\$371.400	ARL SURA	\$56.600				
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Dra. Johana Paola Carranza Cepeda														
FIRMA														
NÚMERO DE CEDULA: 52.243.297														
CELULAR : 3208505911														
CORREO: jcarranza@homil.gov.co														
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:														
DOCUMENTOS														
Informe de Actividades con sus soportes														
Acta de supervisión y/o Factura														
Pago de Seguridad Social														
SI														
X														
N° FOLIOS														
1														