


<b>HOSPITAL MILITAR</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>PAGINA 1 DE 2</b>
<b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI</b>		

<b>Fecha:</b>	2/2/2026	<b>INFORME DE SUPERVISOR</b>	<b>TRAMITE PARA PAGO</b>	X	<b>UN DE SERVICIO Y/O MES</b>	ENERO
<b>No. de Contrato:</b>	PS-0201-2026	<b>VALOR</b>		26.664.300,00		
<b>Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda</b>	SP-GECO-0162-2026					
<b>Objeto</b>	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TÉCNICO PARA EL ÁREA DE SERVICIOS EXTRAHOSPITALARIOS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITA					
<b>Nombre de Contratista</b>	David Benitez Matinez	<b>NIT/ CC</b>		1001176152		
<b>Clase de Contrato</b>	Prestación de servicios	<b>Modalidad de Contratación</b>		Contratación directa.		
<b>Cuenta Bancaria No.</b>	10838451638	<b>Banco:</b>	BANCOLOMBIA	<b>Tipo de Cuenta:</b>	Ahorros	X Corriente

<b>Garantía Cumplimiento (Si aplica):</b>	<b>Aseguradora (Si aplica):</b>	<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 (CDD)	FECHA	DINAMICO A No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
2026	1240206	9/1/2026	1240	9/1/2026	139326	28/1/2026	ENERO				\$ 319.000,00
<b>VALOR AUTORIZADO PARA PAGO</b>											\$ 319.000,00

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TRECIENTOS DIECINUEVE MIL m/cte**

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C )	VR. EJECUTADO (D )	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2026	26.664.300,00			319.300,00	26.345.000,00
<b>TOTAL CONTRATO</b>	\$ 26.664.300,00	\$ -	\$ -	\$ 319.300,00	\$ 26.345.000,00

<b>Nombre del Supervisor:</b> PD MARCELA HERRERA MAYORGA	<b>Fecha de notificación:</b> 27/01/2026
<b>Plazo de ejecución</b>	<b>FECHA DE INICIO</b> 27/1/2026
	<b>FECHA DE TERMINACION</b> 31/12/2026
<b>Vigencia del Contrato:</b>	vigencia igual al plazo de ejecución y diez (11) meses más.
<b>Promogas:</b>	<b>En tiempo</b> 1- 2- 3-

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/12/26 y riesgos profesionales 2026/12/26 Planilla N°7998207740 correspondiente al mes de DICIEMBRE en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (DICIEMBRE); 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:

REPUEST	EQUIPO	MARCA	NÚMERO	PLACA	NÚMERO	FECHA DE	NÚMERO	ESTADO	CANTIDA	NÚMERO	FECHA DE	VALOR	VALOR	OBSERVA

**NOTA 4:** En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

DESCRIPC	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL	FECHA DE	FECHA	FECHA DE	OBSERVA

**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
<b>FORMATO</b>	<b>INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO</b>					<b>CODIGO:</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>10</b>
						<i>Rafael...</i>	<i>10/09/10</i>	<i>10</i>
<b>NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: PD MARCELA HERRERA MAYORGA</b>			<b>FIRMA</b>					
<b>NÚMERO DE CEDULA:</b>	1032378128							
<b>CELULAR : 3114961585</b>			<b>CORREO: bherrera@homll.gov.co</b>					

**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		
Pago de Seguridad Social	x	1