

	HOSPITAL MILITAR		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:	26/6/2026	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	X	ON DE SERVICIO Y/O MES	JUNIO
--------	-----------	------------------------------	--------------------------	---	-------------------------------	-------

No. de Contrato:	PS-0201-2026	VALOR	26.664.300,00
------------------	--------------	--------------	---------------

N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SP-GECO-0162-2026
--------------------------------------	-------------------

Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TÉCNICO PARA EL ÁREA DE SERVICIOS EXTRAHOSPITALARIOS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILIT
--------	---

Nombre de Contratista	David Benítez Matínez	NIT/ CC	1001176152
-----------------------	-----------------------	----------------	------------

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

Cuenta Bancaria No.	10838451638	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente
---------------------	-------------	--------	-------------	-----------------	---------	---	-----------

Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Aseguradora (Si aplica):	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):
------------------------------------	--------------------------	---

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL											
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDD)	FECHA	DINAMIC A 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	124026	9/1/2026	1240	9/1/2026	139326	28/1/2026	JUNIO				\$ 2.395.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 2.395.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES TRECIENTOS NOVENTA Y CINCO 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	26.664.300,00			12.294.000,00	14.370.300,00
TOTAL CONTRATADO	\$ 26.664.300,00	\$ -	\$ -	\$ 12.294.000,00	\$ 14.370.300,00

14.689.000,00

Nombre del Supervisor: PD MARCELA HERRERA MAYORGA	Fecha de notificación: 27/01/2026
---	-----------------------------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO 27/1/2026	FECHA DE TERMINACION 31/12/2026
--------------------	-------------------------------------	---

Vigencia del Contrato:	vigencia igual al plazo de ejecución y diez (11) meses más.
------------------------	---

Prorrogas:	En tiempo 1- 2- 3-
------------	-----------------------------

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensiones 2026/06/02 y riesgos profesionales 2026/06/02 Planilla N°6018139006 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 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

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: PD MARCELA HERRERA MAYORGA	FIRMA
--	-------

NÚMERO DE CEDULA:	1032378128
-------------------	------------

CELULAR : 3114961585	CORREO: bherrera@homil.gov.co
----------------------	-------------------------------

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	x	1
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	x	1