

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: 30-05-2024							
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10							
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					PAGINA 1 DE 2							
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI												
Fecha:	20 DE JUNIO DE 2026	INFORME DE SUPERVISOR			TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO		JUNIO DE 2026			
No. de Contrato:	SP-SSAA-1429-2025				VALOR		20.118.600							
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SP-GECO-0507-2025													
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA													
Nombre de Contratista	MARIA JOSE GOMEZ ÁVILA				NIT/ CC		1007891506							
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación		CONTRATACION DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.	488-447-296-556	Banco:	Davivienda		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	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEI	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE	ALMACÉN AL QUE INGRES	VALOR OBLIGACIÓN			
VIGENCIA AÑO 2026	23126	07/01/2026	231	07/01/2026	23126	07/01/2026	JUNIO DE 2026				2.683.000			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											2683000			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES 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)				
VIGENCIA AÑO 2025	1.337.600							1.337.600		\$ -				
VIGENCIA AÑO 2026	18.781.000							\$ 16.098.000,00		\$ 2.683.000,00				
TOTAL CONTRATO	\$ 20.118.600,00		\$ -			\$ -		\$ 17.435.600,00		\$ 2.683.000,00				
Nombre del Supervisor : Teniente Esteban Ramirez Torres														
Fecha de notificación:01/06/2026														
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		15 de Diciembre de 2025				31 de Julio de 2026								
Vigencia del Contrato:		08 Meses												
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
NOTA 1: Verifico pago de paratiscascales EPS y Pension 12/06/2026- 84200393 y riesgos profesionales 05/06/2026 Planilla N° 867/9568 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 realcionado a continuacion:														
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 \$ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.														
INFORMACIÓN GENERAL														
Entidad	N° Planilla		Fecha de pago		SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES					
					Entidad Valor		Entidad Valor		Entidad Valor					

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Teniente Esteban Ramirez Torres		FIRMA		
NÚMERO DE CEDULA:	CC .1052402679 de Duitama			
CELULAR :			CORREO: urgencias@homil.gov.co	
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		x	1	
Pago de Seguridad Social		x	1	