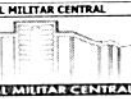


HOSPITAL MILITAR CENTRAL 		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE A PAGO UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS MANUAL: CONTRATACIÓN PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES		CÓDIGO: GA-GECD-MN-01-FY-65 FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024 VERSIÓN: 10 PAGINA 1 DE 2										
Fecha: 19/6/2026		INFORME DE SUPERVISOR		TRÁMITE PARA PAGO										
No. de Contrato: SP-SSAA-1288-2025		VALOR		12980000										
N° de Proceso en el SECOP II (Tienda virtual)		SP-GECD-0448-2025		1024493968										
Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL.		NIT/CC		1024493968										
Nombre de Contratista: VILLARRUEL ROJAS MÓNICA		Modalidad de Contratación		Contratación Directa										
Clase de Contrato: Prestación de Servicios		Banco: BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta: Ahorros										
Cuenta Bancaria No. 031-274244-61		Corriente		X										
Garantía Cumplimiento (SI aplica):		Aseguradora (SI aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (SI aplica):										
VIGENCIA		INFORMACIÓN PRESUPUESTAL		No. FACTURA y/o MES DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO										
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP) No.		FECHA		FECHA ALMACÉN Y/O SUPORTE INGRESO										
53826		7/1/2026		N/A										
VIGENCIA AÑO 2026		DEMANDA No.		ALMACÉN AL QUE INGRESA										
51826		7/1/2026		N/A										
VALOR OBLIGACIÓN		\$ 2.140.000		\$ 2.140.000										
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO		VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Dos millones ciento cuarenta mil pesos m/cte.		\$ 2.140.000										
VIGENCIA		VAL. CONTRATO		VAL. ADICION										
VIGENCIA AÑO 2025		\$ 4.000.000		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES										
VIGENCIA AÑO 2026		\$ 14.980.000		VAL. EJECUTADO										
TOTAL CONTRATO		\$ 18.980.000		\$ 16.840.000										
SALDO CONTRATO		\$ 0		\$ 2.140.000										
Nombre del Supervisor: NATHALIE GÓMEZ ANAYA		Fecha de notificación: 1/11/2025		FECHA DE INICIO										
Plazo de ejecución		1/11/2025		FECHA DE TERMINACION										
Vigencia del Contrato: VIGENCIA AÑO 2026		En tiempo		31/7/2026										
Prorrogas:		1-		2-										
3-		4-		5-										
NOTA 1: Verifico pago de parafacturas EPS y Pensión 2026/06/09 y riesgos profesionales 2026/06/09, Planilla N° 1061824588, correspondiente al mes de mayo 2026. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de los meses de mayo de 2026; así mismo certifico que el/la contratista presentó el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual se paró integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCIÓN.														
NOTA 2: Recuerdo 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 ALMACÉN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PAQUETE (DE APILAJE)	DETALLE (Incluyendo referencia al equipo)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo al cual debe corresponder el 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	Entidad	Salud	Valor	Entidad	Pensión	Valor	Entidad	Riesgos Profesionales	Valor			
FORMATO														
INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO														
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR Enc. NATHALIE GÓMEZ ANAYA														
FIRMAS														
NÚMERO DE CÉDULA: 63.541.443														
CORREO:														
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:														
DOCUMENTOS														
Informe de Actividades con sus aportes														
Acta de supervisión y/o Factura														
Pago de Seguridad Social														
SI														
N° FOLIOS														
1														
1														
1														