

 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-GECO-MH-01-PT-05 FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024 VERSIÓN: 10 PÁGINA 1 DE 2								
Fecha: 19/6/2026		INFORME DE SUPERVISIÓN		TRÁMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME: Junio								
No. de Contrato: SP-SAA-1289-2025		VALOR		18980000										
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual: SP-GECO-0448-2025														
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: 1010237816												
Nombre de Contratista: ALBA RAMÍREZ DIVI TATIANA		Modalidad de Contratación: Contratación Directa												
Clase de Contrato: Prestación de Servicios		Cuenta Bancaria No.: 488455164514 - 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: Vigencia Año 2026		Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.: 61126		FECHA: 7/1/2026		BENEFICIA No.: 58126								
						Registro Presupuestal (RP) No.: 7/1/2026								
						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO: Junio								
						FECHA FACTURA: N/A								
						ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO: N/A								
						ALMACÉN AL QUE INGRESA: N/A								
						VALOR OBLIGACIÓN: \$ 2.140.000								
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO		\$2.140.000												
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Dos millones ciento cuarenta mil pesos m/cte.														
VIGENCIA: Vigencia Año 2025		VAL. CONTRATO: \$ 4.000.000		VAL. ADICION:		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES:								
VIGENCIA Año 2026		\$ 14.980.000				VAL. EJECUTADO: \$ 4.000.000								
						SALDO CONTRATO: \$ 2.140.000								
TOTAL CONTRATO		\$18.980.000		\$0		\$0								
Nombre del Supervisor: NATHALIE GÓMEZ ANAYA		Fecha de notificación: 1/11/2025												
Plazo de ejecución:		FECHA DE INICIO: 1/11/2025		FECHA DE TERMINACIÓN: 31/7/2026										
Vigencia del Contrato: VIGENCIA AÑO 2026		En tiempo												
Prorrogas:		1- 3-												
*NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/06/01 y riesgos profesionales 2026/06/01, Planilla N° 1982428340, correspondiente al mes de mayo 2026. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectúo los aportes al sistema de seguridad social de los meses de mayo de 2026; así mismo certifico que el/la contratista presente el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual se parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCIÓN														
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:														
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 PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Destinado/ subastado/ almacenado)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPUESTO DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo al cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión														
DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	ÁREA 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: Se detecta oportunidad de mejora para CINCO (5) errores en la asignación de citas, durante el mes de enero 2026														
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														
NÚMERO DE CEDULA: 63,541,443														
CELULAR:														
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														
SI: X, N° FOLIOS: 1														
SI: X, N° FOLIOS: 1														