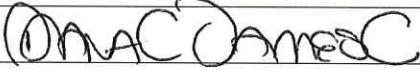


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05					
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS				FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024					
		MANUAL: CONTRATACION				VERSIÓN: 10					
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES				PAGINA 1 DE 2					
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI											
FECHA:	22/06/2026	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JUNIO					
No. de Contrato:	N°SP-SSAA-0467-2025			VALOR	43,300,000,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-350-2025										
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIÓLOGO PARA EL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE Y GESTIÓN PRETRANSFUSIONAL DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL										
Nombre de Contratista	ANDREINA DURAN ANGARITA			NIT/ CC	1090459253						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	24111427284	Banco:	CAJA SOCIAL	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente				
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): N/A								
N/A	N/A		N/A								
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA 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
VIGENCIA AÑO 2026	32726	07/01/2026	327	07/01/2026	32026	07/01/2026	JUNIO				\$ 4,882,000.00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 4,882,000.00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL PESOS											
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)			
2025	\$ 9,126,000.00	\$ 0.00		\$0.00		\$ 9,126,000.00		\$ 0.00			
2026	\$ 34,174,000.00					\$ 29,292,000.00		\$ 4,882,000.00			
TOTAL CONTRATO	\$ 43,300,000.00	\$ -		\$ -		\$ 38,418,000.00		\$ 4,882,000.00			
Nombre del Supervisor: DIANA CAROLINA JAIMES CACERES				Fecha de notificación: 13/11/2025							
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION					
		01/11/2025				31/07/2026					
Vigencia del Contrato:		La vigencia será igual al plazo de ejecución y cuatro (04) meses más									
Prorrogas:		En tiempo									
		1-									
		2-									
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 10/06/2026 y riesgos profesionales 10/06/2026 Planilla No.37368067 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 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 realcionado a continuacion:											

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														
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 almacén)	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: DIANA CAROLINA JAIMES CACERES					FIRMA									
NÚMERO DE CEDULA:		52956521												
CELULAR :					CORREO: djaimes@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					2				
Pago de Seguridad Social					x					1				