

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												
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI					PAGINA 1 DE 2							
Fecha:	24/7/2026	INFORME DE SUPERVISOR			TRAMITE PARA PAGO		X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		JULIO 2026				
Nº de Contrato:	SP-SSAA-0896-2025				VALOR		\$ 62.828.000							
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0382-2025													
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGO PARA EL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO DE ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	ERIKA JOHANA GALINDO RODRÍGUEZ				NIT/ CC		CC. Nº 37392819							
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación		CONTRATACIÓN DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.	629-586-965-11		Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente					
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : N/A			Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):									
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						Nº FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) Nº	FECHA	DINAMICA Nº	FECHA	Registro Presupuestal (RP) Nº	FECHA CRP								
VIGENCIA AÑO 2026	122026	9/1/2026	1220	9/1/2026	113926	9/1/2026	JULIO				\$ 4.882.000			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO												\$ 4.882.000		
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL PESOS m/cte.														
OBSERVACIONES:														
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)					
VIGENCIA AÑO 2025	\$ 9.126.000						\$ 9.126.000		\$ 0					
VIGENCIA AÑO 2026	\$ 34.174.000		\$ 19.528.000				\$ 34.174.000		\$ 19.528.000					
TOTAL CONTRATO	\$ 43.300.000		\$ 19.528.000		\$ 0		\$ 43.300.000		\$ 19.528.000					
Nombre del Supervisor: SMSM ELIZABETH BENITEZ CELY							Fecha de notificación: 05/01/2026							
Plazo de ejecución: NUEVE (9) MESES			FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION							
			1/11/2025				31/7/2025							
Vigencia del Contrato:			Igual al plazo de ejecución											
Prorrogas:			En tiempo											
			1- DEL 01 DE AGOSTO AL 30 DE NOVIEMBRE 2026											
			2-											
			3-											
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y Riesgos Profesionales 07 JULIO 2026 Planilla Nº 92547845 correspondiente al mes de JUNIO 2026 en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de JUNIO 2026 ; 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 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	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														

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO										CODIGO:	VERSIÓN	10
											Página:		2 DE 2
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				
					Enti	Valor	Enti	Valor	Entida	Valor			
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SMSM ELIZABETH BENITEZ CELY							FIRMA						
NÚMERO DE CEDULA:		52.917.414											
CELULAR : 3142472419							CORREO: ebenitez@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					