

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 EMISION: 19-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION		VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES		
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI			PAGINA 1 DE 2

Fecha:	22/7/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JULIO				
No. de Contrato:	PS-0087-2026			VALOR	57.431.000 COP						
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	PS-GECO-0074-2026										
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO PROFESIONAL ESPECIALISTA–DOCENTE PARA EL ÁREA DE ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL										
Nombre de Contratista	JENNIFFER DUQUE AGUIRRE			NIT/ CE	65816429						
Clase de Contrato	Prestación de servicios			Modalidad de Contratación	Contratación directa.						
Cuenta Bancaria No.	994064343	Banco:	BBVA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente			
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Asegurador a (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):								
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTUR A	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					
2026	89526	8/1/2026	895	8/1/2026	123926	16/1/2026	JULIO				\$ 4.994.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 4.994.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES NOVE-CIENTOS NOVENTA Y CUATRO 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)
2026	57.431.000,00			32.461.000,00	24.970.000,00
					-
					-
TOTAL CONTRATO	\$ 57.431.000,00	\$ -	\$ -	32.461.000,00	24.970.000,00

Nombre del Supervisor: JULIETA BARRERA CORONADO								Fecha de notificación: 16/01/2026						
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO						FECHA DE TERMINACION						
		16/1/2026						31/12/2026						
Vigencia del Contrato:		11 MESES 15 DIAS												
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/07/17 y riesgos profesionales 2026/07/17 Planilla N° 9506706441 correspondiente al mes de Junio en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de (Junio); 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 almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORT E 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	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES	
OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):														

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 SUPERVISO:		Jakeline Benitez Santana	
NÚMERO DE CEDULA:	65713790 Libano Tolima		
CELULAR : 3112113235	CORREO: CORREO: jbenitez@homil.gov.co		

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	x	
Acta de supervisión y/o Factura	x	
Pago de Seguridad Social	x	

\$	4.994.000,00	FE
	2.497.000,00	ENE
\$	4.994.000,00	MAR
\$	4.994.000,00	ABRIL
\$	4.994.000,00	MAYO
\$	4.994.000,00	JUNIO
\$	4.994.000,00	JULIO