

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

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-0085-2026				VALOR	57.431.000,00					
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	PS-GECO-0074-2026										
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO PROFESIONAL ESPECIALISTA - DOCENTE PARA EL ÁREA DE ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL										
Nombre de Contratista	MONICA CAPARROSO RAMIREZ			NIT/ CC	45691254						
Clase de Contrato	Prestación de servicios			Modalidad de Contratación	Contratación directa.						
Cuenta Bancaria No.	008480350134	Banco:	DAVIVIENDA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente			
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		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					
2026	89526	8/1/2026	895	8/1/2026	123626	16/1/2026	JULIO				\$ 4.994.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 4.994.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL PESOS

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 Y 15 DIAS													
Prorrogas:	En tiempo													
	1-													
	2-													
	3-													
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/07/03 y riesgos profesionales 2026/07/03 Planilla N° 92829774 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 / existencia s 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 supervision

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 \$ 6.808.000 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: JACKELINE BENITEZ SANTANA		
NÚMERO DE CEDULA:	65.713.790	
CELULAR : 3112113235	CORREO: jbenitez@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	x	
Acta de supervisión y/o Factura	x	
Pago de Seguridad Social	x	

FECHA: día, mes y año en que se diligencia el informe de supervisión
TRAMITE PARA PAGO: Se coloca una X

Tomar el Objeto contractual textual como aparece en SECOP II

Clase de Contrato: En Secop II Tipo de Contrato: Prestación de servicios
Modalidad de Contratación: En secop II Tipo de proceso: Contratación directa.

Cuenta Bancaria No. Se colocan los ceros a la izquierda a que haya lugar

Garantía Cumplimiento: N/A Para Orden de Prestacion de Servicios

INFORMACION PRESUPUESTAL: El Área de Presupuesto enviara al correo, listado con los datos de CDP y RP.
VIGENCIA: Si el contrato es de vigencas futuras, se deja unicamente la vigencia actual 2025
No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO: Mes a cobrar

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Valor en letras

Se coloca el valor que dice la clausula quinta, numeral 5.1 valor para diciembre
Se coloca el valor que dice la clausula quinta, numeral 5.2 valor para enero 2025

Corresponde a las sumatorias de cada columna

Diligenciar de acuerdo a la informacion del supervisor

Diligenciar en formato fecha

Nota Obligatoria para diligenciar.

Diligenciar la informacion en caso de que los honorarios superen \$ 6.808.000 pesos M/cte