HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	30/7/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	x	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	Julio
No. de Contrato:	SP-SSAA-1286-2025			**VALOR**	$ 29.148.000		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SPGECO-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						
Nombre de Contratista	SANCHEZ CARRASCAL SARA GABRIELA			**NIT/ CC**	1031644377		
Clase de Contrato	Prestación de Servicios			**Modalidad de Contratación**	Contratación Directa		

Cuenta Bancaria No.	24131892844	**Banco:**	CAJA SOCIAL	**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**					
VIGENCIA AÑO 2026	50926	7/1/2026			49126	7/1/2026	Julio	N/A	N/A	N/A	$ 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	**VR. CONTRATO**	**VR. ADICION**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES**	**VR. EJECUTADO**	**SALDO CONTRATO**
VIGENCIA AÑO 2025	$ 4.000.000			$ 4.000.000	$ -
VIGENCIA AÑO 2026	$14.980.000	$ 10.168.000		$ 14.980.000	$ 10.168.000
					$ -
TOTAL CONTRATO	$18.980.000	$10.168.000	$0	$18.980.000	$ 10.168.000

Nombre del Supervisor	NATHALIE GÓMEZ ANAYA	**Fecha de notificación:**	1/11/2025
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO** 1/11/2025	**FECHA DE TERMINACION** 31/7/2026	
Vigencia del Contrato: VIGENCIA AÑO 2026			
Prorrogas:	**En tiempo** 1- Hasta 30/11/2026 2- 3-		

"NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/06/23 y riesgos profesionales 2026/06/23, Planilla N° 1082611485, 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 de 2026; así mismo certifico que el/la contratista presento 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 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 reaicionado 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/ solicitudes atencion)**	**CANTIDAD**	**NÚMERO DE REPORTE 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

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 Enc.	NATHALIE GÓMEZ ANAYA	**FIRMA**	
NÚMERO DE CEDULA:	63,541,443		
CELULAR :		**CORREO:**	nagomeza@hotmil.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