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-1288-2025	**VALOR**	$	29.148.000	
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-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	VILLARRUEL ROJAS MÓNICA	**NIT/ CC**		1024493968	
Clase de Contrato	Prestación de Servicios	**Modalidad de Contratación**		Contratación Directa	
Cuenta Bancaria No.	031-274244-61	**Banco:**	BANCOLOMBIA	**Tipo de Cuentas**	Ahorros: x — Corriente:
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		**Aseguradora (Si aplica):**		**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL												
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	53826	7/1/2026			51826	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**	**FECHA DE TERMINACION**
	1/11/2025	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 2026/07/06 y riesgos profesionales 2026/07/06, Planilla N° 1082878538, correspondiente al mes de junio de 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 reaiconado 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 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:**	natgomez@hmtrnil.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