

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:	18/8/2026	INFORME DE SUPERVISOR			TRAMITE PARA PAGO		X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		AGOSTO				
Nº de Contrato:	PS-0256-2026				VALOR		\$ 27.501.900							
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	PS-GECO-0207-2026													
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	LAURA SOFIA ARIAS MONROY				NIT/ CC		CC. Nº 1016712360							
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación		CONTRATACIÓN DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.	56762864768		Banco:	BNACOLOMBIA		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 I (RP) Nº	FECHA CRP								
VIGENCIA AÑO 2025														
VIGENCIA AÑO 2026	183226	28/05/2026	1832	28/05/2026	222926	12/06/2026	AGOSTO				\$ 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														
VIGENCIA AÑO 2026	\$ 27.501.900							\$ 12.855.900		\$ 14.646.000				
TOTAL CONTRATO	\$ 27.501.900		\$ 0			\$ 0		\$ 12.855.900		\$ 14.646.000				
Nombre del Supervisor: SMSM ELIZABETH BENITEZ CELY						Fecha de notificación: 17 de Junio del 2026								
Plazo de ejecución: CINCO (5) MESES, DICECIOCHO (18) DIAS			FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION							
			12/6/2026				30/11/2026							
Vigencia del Contrato:			Igual al plazo de ejecución y cuatro meses más											
Prorrogas:			En tiempo											
			1-											
			2-											
			3-											
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y Riesgos Profesionales 12/08/2026 Planilla Nº 93548574- correspondiente al mes de JULIO 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 (JULIO 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 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	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 \$ 7.575.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.													
INFORMACIÓN GENERAL													
Entidad	N° Planilla		Fecha de pago		SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES				
					Enti	Valor	Enti	Valor	Entid	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	