

<div>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</div> <div><div>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</div></div>		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FI-05				
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024				
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10				
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					PAGINA 1 DE 2				
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI									
Fecha:	20 AGOSTO 2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	AGOSTO 2026				
No. de Contrato:	SP-SUMD-0777-2025			VALOR	\$29.148.000,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0377-2025										
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO CAMILLERO PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL										
Nombre de Contratista	PENAGOS GALEANO DIEGO ALEJANDRO			NIT/CC	1233696161						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	52528680143	Banco:	BANCOLOMBIA		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	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
AÑO 2026	78826	08/01/2026			75826	08/01/2026	AGOSTO 2026				\$2.372.534,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$2.372.534,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS DOS MILLONES TRECIENTOS SETENTA Y DOS MIL QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS											
VIGENCIA	VALOR CONTRATO		VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)		VALOR EJECUTADO		SALDO CONTRATO		
AÑO 2025	\$4.000.000,00						\$4.000.000,00		\$0,00		
AÑO 2026	\$14.980.000,00		\$10.168.000,00				\$16.933.868,00		\$8.214.132,00		
TOTAL CONTRATO	\$18.980.000,00		\$10.168.000,00				\$20.933.868,00		\$8.214.132,00		
OBSERVACIONES:						No prestación de servicios el día 18 y 19/07/2026					
Nombre del Supervisor JEFE KAREN CECILIA VERGARA CASTELLÓN											
Fecha de notificación:11/14/2025											

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION	
	01/11/2025		7/31/2026	
Vigencia del Contrato:	7/31/2026			
PRORROGAS	En tiempo			
	1-11/30/2026			
	2-			
	3-			

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión93940418y riesgos profesionales93940418Planilla 93940418 – correspondiente al mes de JULIO
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); 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.

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 detallada el cuadro reacionado a continuación:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (instalado / existencias / almacenar)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACION	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	SERIE	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA	Nº DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES

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:		JEFE KAREN CECILIA VERGARA CASTELLÓN SERVIDOR MISIONAL EN SANIDAD MILIATR SERVICIO DE ENFERMERIA SUPERVISORA DEL CONTRATO	
NÚMERO DE CEDULA:	55231578		
CELULAR :	CORREO: kvergara@homil.gov.co		

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	1	1
Acta de supervisión y/o Factura	1	1
Pago de Seguridad Social	1	1