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	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	04/09/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	AGOSTO
No. de Contrato:	045-2026			VALOR	$		51.800.000,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-054-2026-HOMIL						
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS DE BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA DE DOSIS COMO TRATAMIENTO RADICAL O COMO PARTE DEL MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN LAS PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.						
Nombre de Contratista	CENTRO DE CONTROL DE CÁNCER SAS			NIT/ CC	830.008.300-2		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	Contratación directa		
Cuenta Bancaria No.	03215910658	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	N/A	Aseguradora (Si aplica):	NA	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	NA		

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 2026	140426	10/2/2026	1957	22/4/2026	194426	22/4/2026	ago-26	NA	NA	NA	$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ -

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CERO PESOS MCTE.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA 2026	$51.800.000	$ 0,00		$ -	$51.800.000,00
TOTAL CONTRATO	$ 51.800.000,00	$ -	$ -	$ -	$ 51.800.000,00

Nombre del Supervisor
Dra. Dra. Johana Paola Carranza Cepeda

Fecha de notificación: ID N°480337 04 MAYO 2026

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	21/4/2026	30/11/2026
Vigencia del Contrato:	21/04/2026 – 30/11/2026	
Prorrogas:	En tiempo:	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS -PENSIÓN y riesgos profesionales Planilla correspondiente al mes.
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (diciembre 2025); 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 act

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/ 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 el 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 : **El Informe de Actividades mes de enero 2026 se encuentra colgado en SECOP II.**

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	
Pago Simple			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
					Porvenir			

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Dra. Johana Paola Carranza Cepeda



NÚMERO DE CEDULA:	**52.243.297**
CELULAR : 320 8505911	**CORREO: jcarranza@homil.gov.co**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	0
Acta de supervisión y/o Factura	X	0
Pago de Seguridad Social	X	0