| 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:** | **21/09/2026** | **INFORME DE SUPERVISOR** | | **TRAMITE PARA PAGO** | **X** | **MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME** | **SEPTIEMBRE 2026** |
| **N° de Contrato:** | **SP-SSAA-0900-2025** | | | **VALOR** | **$ 62.828.000** | | |
| **N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual** | **SP-GECO-0382-2025** | | | | | | |
| **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** | **ARIADNA CAROLINA PEÑALOZA VALENCIA** | | | **NIT/ CC** | **CC. N° 1116499944** | | |
| **Clase de Contrato** | **PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | **Modalidad de Contratación** | **CONTRATACIÓN DIRECTA** | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cuenta Bancaria No.** | **324-321-876** | **Banco:** | **BBVA** | **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 | | | | | | N° 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) N° | FECHA | DINAMICA N° | FECHA | Registro Presupuestal (RP) N° | FECHA CRP | | | | | |
| **VIGENCIA AÑO 2025** | | | | | | | | | | | |
| **VIGENCIA AÑO 2026** | **122226** | **09/01/2026** | **1222** | **09/01/2026** | **114126** | **09/01/2026** | **SEPTIEMBRE** | | | | **$ 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** | **$ 9.126.000** | | | **$ 9.126.000** | **$ 0** |
| **VIGENCIA AÑO 2026** | **$ 34.174.000** | **$ 19.528.000** | | **$ 43.938.000** | **$ 9.764.000** |
| **TOTAL CONTRATO** | **$ 43.300.000** | **$ 19.528.000** | **$ 0** | **$ 53.064.000** | **$ 9.764.000** |

| | |
|---|---|
| **Nombre del Supervisor:** **SMSM ELIZABETH BENITEZ CELY** | **Fecha de notificación: 05 DE ENERO DEL 2026** |

| | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|
| **Plazo de ejecución: NUEVE (9) MESES** | **1/11/2025** | **31/07/2026** |
| **Vigencia del Contrato:** | Igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más | |
| **Prorrogas:** | **En tiempo** | |
| | **1- DEL 01 DE AGOSTO AL 30 DE NOVIEMBRE 2026** | |
| | **2-** | |
| | **3-** | |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y Riesgos Profesionales 5 DE SEPTIEMBRE DEL 2026 Planilla N°1084179188 **(AGOSTO 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 **AGOSTO 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 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 ALMA | 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 |