HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE 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: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	**21/9/2026**	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	**X**	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**SEPTIEMBRE/2026**
N° de Contrato:	**SP-SSAA-0898-2025**			**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	**ROSSY CAROLINA MACHUCCA ALBARRACIN**			**NIT/ CC**	**CC. N° 60268204**		
Clase de Contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS**			**Modalidad de Contratación**	**CONTRATACIÓN DIRECTA**		

Cuenta Bancaria No.	**0550488452239541**	**Banco:**	**DAVIVIENDA**	**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 2026	**121326**	**09/01/2026**	**1213**	**09/01/2026**	**113326**	**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 ENERO DEL 2026

	FECHA DE INICIO	**FECHA DE TERMINACION**
Plazo de ejecución: NUEVE (9) MESES	**1/11/2025**	**31/7/2026**
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 01**/09/2026 Planilla N°4662565241 correspondiente al mes de 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 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 : 314 2472419	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