

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:	19/10/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	OCTUBRE 2026							
N° de Contrato:	SP-SSAA-0892-2025			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	ANGELA MARIA CORDOBA BERIO			NIT/ CC	CC. N° 1003927530									
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACIÓN DIRECTA									
Cuenta Bancaria No.	53-600-000-189	Banco:	BANCOLOMBIA		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	114926	9/1/2026	1149	9/1/2026	107526	9/1/2026	OCTUBRE				\$ 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				\$ 48.820.000		\$ 4.882.000					
TOTAL CONTRATO	\$ 43.300.000		\$ 19.528.000		\$ 0		\$ 57.946.000		\$ 4.882.000					
Nombre del Supervisor: SMSM ELIZABETH BENITEZ CELY					Fecha de notificación: 05 ENERO DEL 2026									
Plazo de ejecución: NUEVE (9) MESES			FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION							
			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 06/OCTUBRE /2026 Planilla N° 95808839 correspondiente al mes de SEPTIEMBRE 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 (SEPTIEMBRE 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 reaccionado 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																
					En	Valor	Entid	Valor	Entidad	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:																									
<table><tr><td>DOCUMENTOS</td><td>SI</td><td>N° FOLIOS</td></tr><tr><td>Informe de Actividades con sus soportes</td><td>X</td><td>1</td></tr><tr><td>Acta de supervisión y/o Factura</td><td>X</td><td>1</td></tr><tr><td>Pago de Seguridad Social</td><td>X</td><td>1</td></tr></table>														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
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																							