

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:	24/07/2025	INFORME DE SUPERVISOR			TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		JULIO			
No. de Contrato:	SP-SSAA 1004-2024				VALOR		45.310.000							
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-SECO-0510-2024													
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	ANGELICA PATRICIA ARIZA PARDO				NIT/ CC		63.436.888							
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación		DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.	073636508		Banco:	BBVA			Ahorros	X		Corriente				
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :			Aseguradora (Si aplica):			Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):								
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 AÑO (2025)	85425	10/01/2025	N/A	N/A	79825	10/01/2025	JULIO					4.531.000		
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO												4.531.000		
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE														
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)			REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)			VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)			
VIGENCIA AÑO 2025	45.158.967								31.565.967		13.593.000			
VIGENCIA AÑO 2024	151.033								151.033					
TOTAL CONTRATO	\$ 45.310.000,00					\$ -			\$ 31.565.967,00		13.593.000			
Nombre del Supervisor : MARTHA LUCIA PINZON ALDANA														
Fecha de notificación: 23/01/2025														
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO						FECHA DE TERMINACION					
			31/12/2024						31/10/2025					
Vigencia del Contrato:			10 meses											
Prorrogas:			En tiempo											
			1-											
			4											
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y riesgos profesionales 2025/07/03 Planilla N° 7973827914 correspondiente al mes de JUNIO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JUNIO); 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 (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 (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 \$ 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: SMSM YULIET LIZBETH ANDRADE AVIRAMA							FIRMA	Yuliett Andrade															
NÚMERO DE CEDULA:		38.614.556 DE CALI																					
CELULAR : 310 5790423							CORREO: yandrade@homil.gov.co																
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:																							
<table><tr><th>DOCUMENTOS</th><th>SI</th><th>N° FOLIOS</th></tr><tr><td>Informe de Actividades con sus soportes</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Acta de supervisión y/o Factura</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Pago de Seguridad Social</td><td></td><td></td></tr></table>												DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS	Informe de Actividades con sus soportes			Acta de supervisión y/o Factura			Pago de Seguridad Social		
DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS																					
Informe de Actividades con sus soportes																							
Acta de supervisión y/o Factura																							
Pago de Seguridad Social																							