

	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		PAGINA 1 DE 2

Fecha:	21/07/2025	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JULIO
--------	------------	-----------------------	-------------------	---	--	-------

No. de Contrato:	SP-SUMD-0380-2025	VALOR:	\$	11.933.300
------------------	-------------------	--------	----	------------

Nº de Proceso en el SECOP II / Tienda	SP-GECO-0277-2025
---------------------------------------	-------------------

Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL
--------	---

Nombre de Contratista	YISETH CAMILA PINTO ARDILA	NIT/ CC	1.027.523.681
-----------------------	----------------------------	---------	---------------

Clase de Contrato	Prestación de servicios	Modalidad de Contratación	Contratación directa.
-------------------	-------------------------	---------------------------	-----------------------

Cuenta Bancaria No.	24136667081	Banco:	Banco Caja Social	Tipo de Cuenta:	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					
2025	163525	2/05/2025			190025	2/05/2025	JULIO				\$ 2.000.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 2.000.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES DE PESOS MCTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C )	VR. EJECUTADO (D )	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2025	11.933.300,00			5.933.300,00	6.000.000,00
TOTAL CONTRATO	\$ 11.933.300,00	\$ -	\$ -	\$ 5.933.300,00	\$ 6.000.000,00

Nombre del Supervisor CT FELIPE MORALES	Fecha de notificación: 06/02/2025
---	-----------------------------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	2/05/2025	31/10/2025

Vigencia del Contrato:	vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.
------------------------	--

Prorrogas:	En tiempo
	1-
	2-
	3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/07/21 y riesgos profesionales 2025/07/21 Planilla N° 7975834160 - correspondiente al mes de JULIO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JULIO); 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 detallada el cuadro relacionado a continuación:

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 \$ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	INFORMACIÓN GENERAL		
			SALUD	PENSIÓN	RIESGOS PROFESIONALES

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	SP CESAR AUGUSTO PULGARIN JARAMILLO
NÚMERO DE CEDULA:	71.556.790
CELULAR: 3114608155	CORREO: CPULGARIN@HOMIL.GOV.CO

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	x	
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	x	1