



<b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>		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 1									
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI															
Fecha:	15/08/2025	INFORME DE SUPERVISOR		X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		AGOSTO								
No. de Contrato:	SP-SUMD-1214-2024				VALOR		\$73.460.000										
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP SECO-0541-2024																
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIONES DE LA ENTIDAD DESENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL																
Nombre de Contratista	JULIAN DAVID PEÑA BELLO				NIT/ CC		1024585078										
Clase de Contrato	CONTRATACION DIRECTA				Modalidad de Contratación		PRESTACION DE SERVICIOS										
Cuenta Bancaria No.	4412028291	Banco:	SCOTIABANK COLPATRIA			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	96425	10/1/2025			90825	10/1/2025	AGOSTO				\$7.346.000						
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$7.346.000						
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SIETE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS 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)								
2024	\$244.867						\$ 244.867,00		\$ -								
2025	73.215.133						\$ 58.523.133,00		\$ 14.692.000,00								
TOTAL CONTRATO	\$ 73.460.000,00	\$ -		\$ -			\$ 58.768.000,00		-\$ 14.692.000,00								
Nombre del Supervisor: Carlos Felipe Morales Tamaño						Fecha de notificación: 06/02/2025											
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION											
		31/12/2024				31/10/2025											
Vigencia del Contrato:		El presente Contrato de Prestación de Servicios tendrá una vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.															
Prorrogas:		Vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.															
		1-															
		2-															
		3-															
<p>NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/08/01 y riesgos profesionales 2025/08/01 Planilla N° 8855276 – 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</p> <p>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.</p> <p>NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro reacionado a continuacion:</p>																	
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						
MIPLANILLA		8855276		01/08/2025		Entidad		Valor		Entidad		Valor		Entidad		Valor	
						SURA		\$367.300		PORVENIR		\$470.200		ARL SURA		\$71.600	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: CARLOS FELIPE MORALES TAMAYO - GRUPO DE HOSPITALIZACION.						FIRMA											
NÚMERO DE CEDULA:		1.130.616.017															
CELULAR : 3508964666						CORREO: cfmorales@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							

