


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: 19-05-2024	
		MANUAL: CONTRATACION		VERSIÓN: 10	
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES		PAGINA 1 DE 2	
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI			

Fecha:	20/08/2025	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	AGOSTO
--------	------------	-----------------------	-------------------	---	--	--------

No. de Contrato:	SP-SUMD-1216-2024	VALOR	\$ 73.460.000
------------------	-------------------	-------	---------------

Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda	SP-SECO-0541-2024
--------------------------------------	-------------------

Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIONES DE LA ENTIDAD DESENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL
--------	---

Nombre de Contratista	VARGAS ARDILA PABLO ALFREDO	NIT/ CC	1.001.315.831
-----------------------	-----------------------------	---------	---------------

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

Cuenta Bancaria No.	488448248853	Banco:	DAVIVIENDA	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	96125	10/01/2025	961	10/01/2025	90525	10/01/2025	AGOSTO				\$ 7.346.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 7.346.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SIETE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL PESOS MCTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)	
2024	244.867,00			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

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

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	31/12/2024	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 2025/08/04 y riesgos profesionales 2025/08/04 Planilla N° 9489935641 – 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 / existencia s 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.

Diligenciar la información en caso de que los honorarios superen \$ 6.808.000 pesos M/cte

Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
SOIPLANILLA	9489935641	2025/8/4	SANITAS	\$367.300	PORVENIR	\$470.200,000	ARL COLMENA	\$71.600

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	CT. CARLOS FELIPE MORALES TAMAYO	
-------------------------------------	----------------------------------	---

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