

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 1									
Fecha:	21-08-2025	INFORME DE SUPERVISOR			TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		AGOSTO								
No. de Contrato:	N°SP-SJMD-0446-2025				VALOR		\$		8.742.050								
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0337-2025																
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL																
Nombre de Contratista	SIA MARIA ZAMBRANO OCORO				NIT/ CC		52.349.445 de Bogotá										
Clase de Contrato	CONTRATACIÓN DIRECTA				Modalidad de Contratación		PRESTACIÓN SE SERVICIO										
Cuenta Bancaria No.	19279986906		Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	x	Corriente								
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :			Aseguradora (Si aplica):			Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):											
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL																
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN						
VIGENCIA AÑO 2025	284525	14/8/2025			207625	14/8/2025	N/A	AGOSTO			\$ 3.406.000						
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO \$ 3.406.000																	
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:un millon novecientos treinta mil cincuenta 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	\$ 8.742.050					\$ -		\$ 1.930.050,00		\$ 6.812.000,00							
TOTAL CONTRATO \$ 8.742.050,00 \$ - \$ - \$ 1.930.050,00 \$ 6.812.000,00																	
Nombre del Supervisor: EVELIN JULISSA CIFUENTES ARBOLEDA						Fecha de notificación: 14/08/2024											
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION											
		14/08/2024				31/10/2025											
Vigencia del Contrato:		CUATRO MESES Y MÁS															
Prorrogas:		En tiempo															
		1- 30 DE DICIEMBRE 2024															
		2-															
		3-															
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 11/09/2025 y riesgos profesionales 11/09/2025 Planilla N° 9491665472 – correspondiente al mes de AGOSTO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (AGOSTO); 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 reacionado 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)	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 esta haciendo la supervision																	
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 anexas el siguiente cuadro.																	
Entidad		N° Planilla		Fecha de pago		INFORMACION GENERAL			PENSIÓN			RIESGOS PROFESIONALES					
						Entidad		Valor		Entidad		Valor		Entidad		Valor	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: CT CARLOS FELIPE MORALES						FIRMA											
NUMERO DE CEDULA: 1030616017						CORREO: CFMORALES@homil.gov.co											
CELULAR : 3132244575																	
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:																	
DOCUMENTOS								SI		N° FOLIOS							
Informe de Actividades con sus soportes								X									
Acta de supervisión y/o Factura								X		1							
Pago de Seguridad Social																	