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	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	**29-sep-25**	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	SEPTIEMBRE
No. de Contrato:	SP-SUAD-0001-2025			**VALOR**	**69.011.750**		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0001-2025						
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO ESPECIALISTA PARA EL ÁREA DE GESTIÓN CONTRATOS, SELECCIÓN PERSONAL, SEGUIMIENTO, EJECUCIÓN Y APOYO CONTRACTUAL DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA HOSPITAL MILITAR CENTRAL.						
Nombre de Contratista	JULIETH ANDREA CUPITRA CRUZ			**NIT/ CC**	**1.032.447.856**		
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS			**Modalidad de Contratación**	**DIRECTA**		

Cuenta Bancaria No.	**0550488412552710**	**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					
VIGENCIA AÑO 2025	2725	07/01/25	8727	08/01/2025	8725	08/01/2025	SEPTIEMBRE				5.767.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**5.767.000**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CINCO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y SIETE 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	69.011.750			51.710.750	17.301.000
TOTAL CONTRATO	**$ 69.011.750,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 51.710.750,00**	**$ 17.301.000,00**

Nombre del Supervisor CASTILLO OBANDO MIGUEL ANGEL	**Fecha de notificación: 29 SEPTIEMBRE 2025**	
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	8/1/2025	**31/12/2025**
Vigencia del Contrato:	DOCE MESES	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 05/09/2025 y riesgos profesionales 05/09/2025 Planilla N° 9490946568 – 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 Abril; así mismo certifico que 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 / 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 $ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: CASTILLO OBANDO MIGUEL ANGEL	
NÚMERO DE CEDULA:	79572446
CELULAR : 3022909209	CORREO: mobando@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1