

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:	29 Agosto de 2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		AGOSTO				
No. de Contrato:	SP-SUAD-0346-2025			VALOR		65.013.200,00								
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-SUAD-0346-2025													
Objeto	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	Johanna Elvira Santos Rincón			NIT/ CC		52.781.816								
Clase de Contrato	Prestación de servicios			Modalidad de Contratación		Contratación directa.								
Cuenta Bancaria No.	089487706		Banco:	BANCO DE BOGOTA		Tipo de Cuenta:	Ahorros		X		Corriente			
Garantía Cumplimiento (Si aplica):		Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):										
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL														
VIGENCIA	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			
2025	147025	6/03/2025	N/A	N/A	156225	7/03/2025	Agosto				\$ 6.634.000,00			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 6.634.000,00			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SEIS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO 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)					
2025	65.013.200,00						39.804.000,00		25.209.200,00					
TOTAL CONTRATO \$ 65.013.200,00 \$ - \$ - \$ 39.804.000,00 \$ 25.209.200,00														
Nombre del Supervisor MIGUEL ANGEL OBANDO Fecha de notificación: 28/08/2025														
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION							
		7/03/2025					31/12/2025							
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 2025/08/21 y riesgos profesionales 2025/08/21 Planilla N° 88396582- 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.														
INFORMACIÓN GENERAL														
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago		SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES						
				Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor					
FORMATO														
INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO										CODIGO:		VERSIÓN	10	
										Página:		2 DE 2		

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

M. Obando

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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