

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:	15/09/2025			TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	SEPTIEMBRE
--------	------------	--	--	-------------------	---	--	------------

No. de Contrato:	SP-SUMD-0343-2025		VALOR:	15.666.650,00
------------------	-------------------	--	--------	---------------

N° de Proceso en el SECOP II / Tienda virtual	SP-GECO-0241-2025	
---	-------------------	--

Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL
--------	--

Nombre de Contratista	GLACIER MARIA LENIS LLORENTE	NIT/ CC	1102885014
-----------------------	------------------------------	---------	------------

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

Cuenta Bancaria No.	9362013226	Banco:	SCOTIBANK 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	121325	6/03/2025			155525	9/01/2025	SEPTIEMBRE				\$ 2.000.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 2.000.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES DE 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	15.666.650,00			13.666.650,00	2.000.000,00
TOTAL CONTRATO	\$ 15.666.650,00	\$ -	\$ -	\$ 13.666.650,00	\$ 2.000.000,00

Nombre del Supervisor SP CESAR AUGUSTO PULGARIN		Fecha de notificación: 08/09/2025	
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
	5/03/2025		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 2024/09/08 y riesgos profesionales 2024/09/08 Planilla N° 1074628493 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 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 / 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 :

INFORMACIÓN GENERAL								
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO						CODIGO:	VERSIÓN
							Página:	10
								2 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:SP CESAR AUGUSTO PULGARIN		
NÚMERO DE CEDULA:	71556790	
CELULAR: 3114608155		CORREO: Cpulgarin@homil.gov.co

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		