

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:	19-09-2025	INFORME DE SUPERVISOR			TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	SEPTIEMBRE								
No. de Contrato:	N°SP-SUMD-0446-2025				VALOR	\$ 8.742.050										
N° de Proceso en el SECOPII /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	BIA MARIA ZAMBRANO OCORO				NIT/ CC	52.349.445 de Bogotá										
Clase de Contrato	CONTRATACIÓN DIRECTA				Modalidad de Contratación	PRESTACIÓN DE 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						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	284525	14/8/2025			207625	14/8/2025	N/A	SEPTIEMBRE			\$ 3.406.000					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 3.406.000					
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TRES MILLONES CUATROCIENTOS SEIS MIL PESOS																
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				\$ -		\$ 5.336.050,00		\$ 3.406.000,00							
TOTAL CONTRATO												\$ 3.406.000,00				
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 realcionado 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)	CANTIDA D	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓ N	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 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: TE EVELIN JULISSA CIFUENTES															FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA: 1026273351															CORREO: ecifuentes@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				