

			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: CONTRATACIÓN											VERSIÓN: 10				
			PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES															
											SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI				PAGINA 1 DE 2			
Fecha:	18/9/2025		INFORME DE SUPERVISOR					TRAMITE PARA PAGO	X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		septiembre					
No. de Contrato:	SP-SUMD-0426-2025							VALOR		13396900								
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SP-SECO-0542-2024																	
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACON DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL																	
Nombre de Contratista	JUANA LIZETH AGUDELO SANDOVAL						NIT/ CC		1014309564									
Clase de Contrato	Prestación de Servicios						Modalidad de Contratación		CONTRATACIÓN DIRECTA									
Cuenta Bancaria No.	009591876				Banco:	Banco de Bogotá		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 ALMACEN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN							
2025	187925	18/6/2025	1879	18/6/2025	243825	10/1/2025	SEPTIEMBRE	SEPTIEMBRE			3.406.000,00							
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$	3.406.000,00						

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2025	13.396.900,00			3.178.900,00	3.406.000,00
				3.406.000,00	
				3.406.000,00	
			Y		
TOTAL CONTRATO	\$ 13.396.900,00	\$ -	\$ -	\$ 9.990.900,00	\$ 3.406.000,00

[illegible]

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	

NÚMERO DE CEDULA:

1026273351

CELULAR : 3132244575

CORREO: ecifuentes@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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