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 2

Fecha:	22/9/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	x	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**SEPTIEMBRE**
No. de Contrato:	N°SP-SUMD-1222-2024			**VALOR**			
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	1222-2024						
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN LA ENTIDAD DESCENTRALIZADADEL SECTOR DEFENSA-HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	EDUARD ESTIVEL ROMERO SAENZ			**NIT/ CC**	**1022416523**		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			**Modalidad de Contratación**	CONTRATACIÓN DIRECTA		

Cuenta Bancaria No.	055048843 7491746	**Banco:**	**Banco de Davivienda**	**Tipo de Cuen**	**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	**89325**	1/10/24	949		**89325**	1/10/24	SEPTIEMBRE				**3,406,000,0**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**3,406,000,0**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TRES MILLONES CUATROCIENTOS SEIS MIL PESOS M/C

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2024	$ 113.533,00	NA	NA	$ 113.533,00	$ -
2025	$ 33.946.467,00	NA	NA	30,540,467,00	**3,406,000,0**
TOTAL CONTRATO	**$ 34.060.000,00**	**$ -**	**$ -**	30,654,000,00	**3,406,000,0**

Nombre del Supervisor CT.CARLOS FELIPE MORALES TAMAYO | **Fecha de notificación: 31/12/2024**

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	12/31/24	**31/10/2025**
Vigencia del Contrato:		
Prorrogas:	**vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 04/09/2025 y riesgos profesionales 04/09/2025 Planilla N° 9453904795 – correspondiente al mes de SEPTIEMBRE en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (SEPTIEMBRE); 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 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 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**	**SALUD**		**PENSIÓN**		**RIESGOS PROFESIONA**	
			Entidad	**Valor**	**Entidad**	**Valor**	**Entida**	**Valor**

FORMATO	**INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO**	**CODIGO:**	**VERSIÓN**	**10**
		Página:	**2 DE 2**	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: TENIENTE Evelin Julissa Cifuente | **FIRMA**

NÚMERO DE CEDULA: **1026273351**

CELULAR : 313 2244575 | **CORREO: ecifuentes@homil.gov.co**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	X	1