

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:	21/10/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	OCTUBRE
--------	------------	-----------------------	--	-------------------	---	--	---------

No. de Contrato:	SP-SUMD-1202-2024	VALOR		20.000.000,00			
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SP-SECO-0540-2024						
Objeto	Prestacio de servicio como AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	GISEL CAMILA BENAVIDES CADENA	NIT/ CC		1021512861			
Clase de Contrato	Prestación de servicios	Modalidad de Contratación		Contratación directa.			
Cuenta Bancaria No.	061958778	Banco:	AV VILLAS	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	97625	10/01/2025	976	10/01/2025	92325	10/01/2025	OCTUBRE				\$ 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)
2024	66.668,00			66.668,00	-
2025	19.933.332,00			19.933.332.00	
TOTAL CONTRATO	\$ 20.000.000,00	\$ -	\$ -	\$ 20.000.000,00	\$ -

66668+13866672

Nombre del Supervisor Fanny Violeta Osorio					Fecha de notificación: 06/022025										
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION									
	31/12/2024					31-10-25									
Vigencia del Contrato:	vigencia igual al plazo de ejecución y diez (10) meses más.														
Prorrogas:	En tiempo														
	1-														
	2-														
	3-														
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/14/10 y riesgos profesionales 2025/08/17 Planilla N°7987834115 correspondiente al mes de OCTUBRE en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (OCTUBRE); 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 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: Fanny Violeta Osorio								
NÚMERO DE CEDULA: 51.828.889								
CELULAR: 3138825070								
CORREO:fosorio@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	x	1
Pago de Seguridad Social	x	1