

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECO-MH-01-FT-05								
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS				FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024								
		MANUAL: CONTRATACION				VERSIÓN: 10								
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES				PÁGINA 1 DE 1								
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI														
Fecha:	29/10/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	OCTUBRE								
No. de Contrato:	SP-SUMD-1211-2024			VALOR	\$73.460.000									
Nº de Proceso en el SECOP II (Tienda virtual)	SP-SECO-0541-2024													
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIONES DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	STEFFANY DANIELA GARZON HERNANDEZ			NIT/CC	1022516887									
Clase de Contrato	CONTRATACION DIRECTA			Modalidad de Contratación	PRESTACION DE SERVICIOS									
Cuenta Bancaria No.	62787490068	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuentas:	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							
VIGENCIA AÑO (Ej: 2025)	96725	10/1/2025	967	10/01/24	91125	10/1/2025	OCTUBRE							
							ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO							
							ALMACEN AL QUE INGRESA							
							VALOR OBLIGACIÓN							
							\$7.346.000							
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO							\$7.346.000							
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:														
SIETE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE														
VIGENCIA	VL. CONTRATO (A)	VL. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)		VL. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)							
2024	\$244.867					\$244.867								
2025	\$73.215.133	\$	-			\$ 73.215.133,00	\$ -							
TOTAL CONTRATO	\$	73.460.000,00	\$	-	\$	73.460.000,00	\$ -							
Nombre del Supervisor: CP. CARLOS FELIPE MORALES														
Fecha de notificación: 1/01/2025														
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN									
		31/12/2024			31/10/2025									
Vigencia del Contrato:		El presente Contrato de Prestación de Servicios tendrá una vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.												
Prerrogas:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/10/29 y riesgos profesionales 2025/10/29 Planilla N° 7987981231 - 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 los meses de (SEPTIEMBRE); así mismo certifico que el/la contratista presentó 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 SATISFACCIÓN A A64														
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 detallada el cuadro relacionado 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/ estirado/almacenado)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
NOTA 4: En las causas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión														
DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	ÁREA 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	Nº Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES							
SOI PLANILLA	7987981231	29/10/2025	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor						
			ALIANSA	\$367.300	COLPENSIO	\$470.200	ARL COLUMENA	\$71.600						
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: CP. CARLOS FELIPE MORALES - GRUPO DE HOSPITALIZACIÓN.														
NÚMERO DE CEDULA:			FIRMA											
CELULAR: 3138425070			CORREO:											
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:														
DOCUMENTOS														
Informe de Actividades con sus soportes				SI		Nº FOLIOS								
Acta de supervisión y/o Factura				X										
Pago de Seguridad Social				X		1								