



<b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>		<b>FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO</b>						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FI-05						
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024						
		MANUAL: CONTRATACIÓN						VERSIÓN: 10						
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES						PAGINA 1 DE 2						
Fecha: 17/10/2025		INFORME DE SUPERVISOR			TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME							
							OCTUBRE							
No. de Contrato: N°SP-SUMD-1217-2024		VALOR:			34.060.000									
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual: SP-SECO-0542-2024		PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA-HOSPITAL MILITAR CENTRAL												
Objeto:														
Nombre de Contratista: MARIA MÓNICA CARRILLO TÉLLEZ		MIT/ CC:		1030593989										
Clase de Contrato: PRESTACION DE SERVICIOS		Modalidad de Contratación:		CONTRATACIÓN DIRECTA										
Cuenta Bancaria No. 007380842455		Banco:		Banco de Davivienda		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		95925	1/10/25	959	1/10/25	90325	1/10/25	OCTUBRE				\$ 3.406.000,00		
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO		\$ 3.406.000,00												
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		\$ 33.946.467,00		\$ -				
TOTAL CONTRATO		\$ 34.060.000,00		\$ -		\$ -		\$ 34.060.000,00		\$ -				
Nombre del Supervisor CT. CARLOS FELIPE MORALES:						Fecha de notificación: 31/12/2024								
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		12/31/24				31/10/2025								
Vigencia del Contrato:		vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.												
Prorrogas:		1- 2- 3-												
<p>NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 01/10/2025 y riesgos profesionales 01/10/2025 Planilla N° 90037493 – 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. <b>DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION</b></p> <p>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.</p> <p>NOTA 3: Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detallada el cuadro relacionado a continuación:</p>														
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: T. EVELIN JULISSA CIFUENTES ARBOLEDA						FIRMA								
NÚMERO DE CEDULA:						1026273351								
CELULAR : 3132244575						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				