



<b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>		<b>FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO</b>					<b>CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05</b>							
		<b>UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS</b>					<b>FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024</b>							
		<b>MANUAL: CONTRATACION</b>					<b>VERSIÓN: 10</b>							
		<b>PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES</b>					<b>PAGINA 1 DE 1</b>							
		<b>SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI</b>												
<b>Fecha:</b>	22-10-2025	<b>INFORME DE SUPERVISOR</b>		<b>TRAMITE PARA PAGO</b>		X		<b>MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME</b>		OCTUBRE				
<b>No. de Contrato:</b>	SP-SUMD-1221-2024			<b>VALOR</b>		\$		<b>34.060.000</b>						
<b>N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual</b>	SP-SECO-0542-2024													
<b>Objeto</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
<b>Nombre de Contratista</b>	CESAR EDUARDO PEÑA AVILA			<b>NIT/ CC</b>		1030524622								
<b>Clase de Contrato</b>	CONTRATACIÓN DIRECTA			<b>Modalidad de Contratación</b>		<b>PRESTACIÓN DE SERVICIO</b>								
<b>Cuenta Bancaria No.</b>	48843934740	<b>Banco:</b>	DAVIVIENDA		<b>Tipo de Cuenta:</b>	Ahorros	x		Corriente					
<b>Garantía Cumplimiento (Si aplica) :</b>		<b>Aseguradora (Si aplica):</b>			<b>Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):</b>									
<b>VIGENCIA</b>	<b>INFORMACIÓN PRESUPUESTAL</b>							<b>No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO</b>	<b>FECHA FACTURA</b>	<b>ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO</b>	<b>ALMACEN AL QUE INGRESA</b>	<b>VALOR OBLIGACIÓN</b>		
	<b>Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.</b>	<b>FECHA</b>	<b>DINAMICA No.</b>	<b>FECHA</b>	<b>Registro Presupuestal (RP) No.</b>	<b>FECHA CRP</b>								
VIGENCIA AÑO 2025	95125	10/1/2025	951	10/1/2025	89525	10/1/2025	N/A	OCTUBRE				\$	3.406.000	
<b>VALOR AUTORIZADO PARA PAGO</b>												\$	3.406.000	
<b>VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TRES MILLONES CUATROCIENTOS SEIS MIL PESOS</b>														
<b>VIGENCIA</b>	<b>VR. CONTRATO (A)</b>		<b>VR. ADICION (B)</b>		<b>REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)</b>		<b>VR. EJECUTADO (D)</b>		<b>SALDO CONTRATO (A+B-C-D)</b>					
VIGENCIA AÑO 2025	\$ 34.060.000				\$ -		\$ 34.060.000,00		\$ -					
<b>TOTAL CONTRATO</b>	\$ 34.060.000,00		\$ -		\$ -		\$ 34.060.000,00		\$ -					
<b>Nombre del Supervisor: EVELIN JULISSA CIFUENTES ARBOLEDA</b>					<b>Fecha de notificación: 23/10/2024</b>									
<b>Plazo de ejecución</b>			<b>FECHA DE INICIO</b>				<b>FECHA DE TERMINACION</b>							
			31/12/2024				31/10/2025							
<b>Vigencia del Contrato:</b>			CUATRO MESES Y MÁS											
<b>Prorrogas:</b>			En tiempo 1- 30 DE DICIEMBRE 2024 2- 3-											
<b>NOTA 1:</b> Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 09/10/2025 y riesgos profesionales 09/10/2025 Planilla N° 90050440 – 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>														
<b>NOTA 2:</b> 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.														
<b>NOTA 3 :</b> Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro realcionado a continuación:														
<b>REPUESTO</b>	<b>EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO</b>	<b>MARCA</b>	<b>NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO</b>	<b>PLACA DEL EQUIPO</b>	<b>NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN</b>	<b>FECHA DE INGRESO</b>	<b>NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)</b>	<b>ESTADO (Instalado/existencias almacén)</b>	<b>CANTIDA D</b>	<b>NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN</b>	<b>FECHA DE INSTALACIÓN</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>NOTA 4:</b> En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión														
<b>DESCRIPCION DEL EQUIPO</b>	<b>SERIE</b>	<b>PLACA</b>	<b>AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO</b>		<b>No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO</b>		<b>FECHA DE MANTENIMIENTO</b>		<b>FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO</b>	<b>FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>			
<b>OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):</b>														
<b>NOTA 5:</b> 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.														
<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>														
<b>Entidad</b>	<b>N° Planilla</b>	<b>Fecha de pago</b>	<b>SALUD</b>		<b>PENSIÓN</b>		<b>RIESGOS PROFESIONALES</b>							
			<b>Entidad</b>	<b>Valor</b>	<b>Entidad</b>	<b>Valor</b>	<b>Entidad</b>	<b>Valor</b>						
<b>NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: TE EVELIN JULISSA CIFUENTES</b>														
										<b>FIRMA</b>				
<b>NÚMERO DE CEDULA:</b>		1026273351												
<b>CELULAR :</b>		3132244575												
<b>DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:</b>					<b>CORREO: ecifuentes@homil.gov.co</b>									
<b>DOCUMENTOS</b>										<b>SI</b>		<b>N° FOLIOS</b>		
Informe de Actividades con sus soportes										X				
Acta de supervisión y/o Factura										X				
Pago de Seguridad Social										X		1		