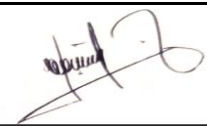


HOSPITAL MILITAR CENTRAL			FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05								
			UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024								
			MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10								
			PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES														
			SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI						PAGINA 1 DE 1								
Fecha:	6/10/2025		INFORME DE SUPERVISOR			TRAMITE PARA PAGO	X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE		OCTUBRE						
No. de Contrato:	SP-SUMD-1201-2024					VALOR		\$ 20.000.000									
N° de Proceso en el SECOP II / Tienda virtual	SP-SECO-0540-2024																
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL																
Nombre de Contratista	Daniel Armando Batista Saenz					NIT/ CC		1.000.336.686									
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS					Modalidad de Contratación		DIRECTA									
Cuenta Bancaria No.	799139803		Banco:	BOGOTA			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											
	VIGENCIA AÑO 2025	97725	31/12/2025	977		92425						31/12/2025		SEPTIEMBRE			\$ 2.000.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 2.000.000						
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	66.666,00		0			0		66.666,00									
2025	19.933.334,00							\$ 19.933.334		-							
TOTAL CONTRATO	\$ 20.000.000,00		\$ -			\$ -		\$ 20.000.000		\$ -							
Nombre del Supervisor: CT CARLOS FELIPE MORALES TAMAYO							Fecha de notificación: 08/08/2025										
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO						FECHA DE TERMINACION									
		31/12/2024						31/10/2025									
Vigencia del Contrato:		IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUATRO (10) MESES MÁS															
Prorrogas:		En tiempo															
		1-															
		2-															
		3-															
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/10/06 y riesgos profesionales 2025/10/06 Planilla N° 1075606050 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	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							
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SGTO CESAR AUGUSTO PULGARIN							FIRMA										
NÚMERO DE CEDULA: 71556790																	
CELULAR : 3114608155							CORREO: CPULGARIN@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					