

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:	23/10/2025			TRAMITE PARA PAGO	X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	OCTUBRE								
No. de Contrato:	SP-SUMD-0343-2025			VALOR	15.666.650,00											
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SP-GECO-0241-2025															
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	GLACIER MARIA LENIS LLORENTE			NIT/ CC	1102885014											
Clase de Contrato	Prestación de servicios			Modalidad de Contratación	Contratación directa.											
Cuenta Bancaria No.	9362013226	Banco:	SCOTIBANK COLPATRIA		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	121325	6/03/2025		155525	9/01/2025						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)
2025	15.666.650,00			15.666.650,00	0.00
TOTAL CONTRATO	\$ 15.666.650,00	\$ -	\$ -	\$ 15.666.650,00	0.00

Nombre del Supervisor SP CESAR AUGUSTO PULGARIN								Fecha de notificación: 08/09/2025						
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION							
		5/03/2025					31/10/2025							
Vigencia del Contrato:		vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.												
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/10/24 y riesgos profesionales 2024/10/24 Planilla N° 1075458177 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. 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:SP CESAR AUGUSTO PULGARIN														
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		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		