
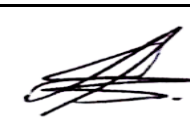


<b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>		<b>FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO</b>					<b>CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05</b>							
		<b>UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS</b>					<b>FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024</b>							
		<b>MANUAL: CONTRATACION</b>					<b>VERSIÓN: 10</b>							
		<b>PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES</b>					<b>PAGINA 1 DE 1</b>							
		<b>SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI</b>												
<b>Fecha:</b>	4/05/2026	<b>INFORME DE SUPERVISOR</b>		<b>TRAMITE PARA PAGO</b>		X	<b>MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE</b>	<b>ABRIL</b>						
<b>No. de Contrato:</b>	SP-SUMD-1168-2025			<b>VALOR</b>	<b>\$ 18.980.000</b>									
<b>Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual</b>	SP-GECO-0417-2025													
<b>Objeto</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
<b>Nombre de Contratista</b>	Michael Adan Rodriguez Ladino			<b>NIT/ CC</b>	<b>1.000.810.196</b>									
<b>Clase de Contrato</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS			<b>Modalidad de Contratación</b>	<b>DIRECTA</b>									
<b>Cuenta Bancaria No.</b>	<b>0550007100944995</b>	<b>Banco:</b>	<b>DAVIVIENDA</b>		<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	76626	8/01/2026	766		73626	8/01/2026	ABRIL			\$ 2.140.000				
<b>VALOR AUTORIZADO PARA PAGO</b>										\$ 2.140.000				
<b>VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES CIENTO CUARENTAMIL PESOS M/CTE</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>								
2025	\$ 4.000.000	0	0		4.000.000,00									
2026	14.980.000,00				8.560.000,00	6.420.000,00								
<b>TOTAL CONTRATO</b>	\$ 18.980.000,00	\$ -	\$ -		\$ 12.560.000	\$ 6.420.000,00								
<b>Nombre del Supervisor: TE.EVELIN JULISSA CIFUENTES</b>					<b>1/11/2025</b>									
<b>Plazo de ejecución</b>		<b>FECHA DE INICIO</b>				<b>FECHA DE TERMINACION</b>								
		1/11/2025				31/07/2026								
<b>Vigencia del Contrato:</b>		IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y DIEZ (10) MESES MÁS												
<b>Prorrogas:</b>		<b>En tiempo</b>												
		1-												
		2-												
		3-												
<b>NOTA 1:</b> Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/04/30 y riesgos profesionales 2026/04/30 Planilla N° 6012805667-correspondiente al mes de MARZO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (MARZO); 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														
<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 reacionado a continuacion:														
<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</b>	<b>FECHA DE INGRESO</b>	<b>NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)</b>	<b>ESTADO (Instalado/existencias almacén)</b>	<b>CANTIDAD</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 supervision														
<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 \$ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.														
<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>														
<b>Entidad</b>	<b>Nº 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>NUMERO DE CEDULA:1026273351</b>					<b>CORREO:ecifuentes@homil.gov.co</b>									
<b>CELULAR :3132244575</b>														
<b>DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:</b>														
<b>DOCUMENTOS</b>								<b>SI</b>	<b>Nº FOLIOS</b>					
Informe de Actividades con sus soportes								X	1					
Acta de supervisión y/o Factura														
Pago de Seguridad Social								X	1					