


<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 2</b>					
<b>SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI</b>											
<b>Fecha:</b>	27/04/2026	<b>INFORME DE SUPERVISOR</b>		<b>TRAMITE PARA PAGO</b>	<b>X</b>	<b>MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE</b>	<b>ABRIL</b>				
<b>No. de Contrato:</b>	SP-SUMD-1166-2025			<b>VALOR</b>	\$	18.980.000					
<b>N° de Proceso en el SECOP II /Tienda</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>	YISETH CAMILA PINTO ARDILA			<b>NIT/ CC</b>	1.027.523.681						
<b>Clase de Contrato</b>	Prestación de servicios			<b>Modalidad de Contratación</b>	Contratación directa.						
<b>Cuenta Bancaria No.</b>	24136667081	<b>Banco:</b>	Banco Caja Social		<b>Tipo de Cuenta:</b>	Ahorros	<b>X</b>	Corriente			
<b>Garantía Cumplimiento (Si aplica):</b>		<b>Aseguradora (Si aplica):</b>		<b>Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):</b>							
<b>INFORMACIÓN PRESUPUESTAL</b>											
<b>VIGENCIA</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>	<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>
2026	72626	8/01/2026	726	8/01/2026	69626	8/01/2026	<b>ABRIL</b>				\$ 2.140.000,00
<b>VALOR AUTORIZADO PARA PAGO</b>											\$ 2.140.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES CIENTO CUARENTA MIL PESOS MCTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C )	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2025	4.000.000,00			4.000.000,00	-
2026	14.980.000			8.560.000,00	6.420.000,00
<b>TOTAL CONTRATO</b>	\$ 18.980.000,00	\$ -	\$ -	\$ 12.560.000,00	\$ 6.420.000,00

<b>Nombre del Supervisor TE EVELYN CIFUENTES</b>		<b>Fecha de notificación: 1/11/2025</b>	
<b>Plazo de ejecución</b>		<b>FECHA DE INICIO</b>	
		1/11/2025	
		<b>FECHA DE TERMINACION</b>	
		31/07/2026	
<b>Vigencia del Contrato:</b>	vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.		
<b>Prorrogas:</b>	<b>En tiempo</b>		
	1-		
	2-		
	3-		

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/04/17 y riesgos profesionales 2026/04/17 Planilla N° 6011127517 - correspondiente al mes de ABRIL en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (ABRIL); 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 detallada el cuadro relacionado a continuación:

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.

<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>						
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD	PENSIÓN	RIESGOS PROFESIONALES	

<b>NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:</b> TE. EVELYN CIFUENTES	
<b>NÚMERO DE CEDULA:</b> 71.556.790	
<b>CELULAR :</b> 3114608155	<b>CORREO:</b> ECIFUENTES@HOMIL.GOV.CO

**DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:**

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	x	
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	x	1

Diligenciar la informacion en caso de que los honorarios superen \$ 6.808.000 pesos M/cte