


<b>HOSPITAL MILITAR</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>	28/4/2026	<b>INFORME DE SUPERVISOR</b>		<b>TRAMITE PARA PAGO</b>	X	<b>MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME</b>	ABRIL
---------------	-----------	------------------------------	--	--------------------------	---	---	-------

<b>No. de Contrato:</b>	SP-SUMD-1165-2025	<b>VALOR</b>	18.980.000,00
-------------------------	-------------------	--------------	---------------

<b>N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual</b>	SP-GECO-0417-2025
---	-------------------

<b>Objeto</b>	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL
---------------	--

<b>Nombre de Contratista</b>	LAURA DANIELA MURILLO ACUÑA	<b>NIT/ CC</b>	1021392892
------------------------------	-----------------------------	----------------	------------

<b>Clase de Contrato</b>	Prestación de servicios	<b>Modalidad de Contratación</b>	Contratación directa.
--------------------------	-------------------------	----------------------------------	-----------------------

<b>Cuenta Bancaria No.</b>	0550488441736870	<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>
---	---------------------------------	--

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL											
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDDP)	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECH A FACT URA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN

2026	70726	8/1/2026	707	8/1/2026	67726	8/1/2026	ABRIL				\$ 2.140.000,00
------	-------	----------	-----	----------	-------	----------	-------	--	--	--	-----------------

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>VALOR AUTORIZADO PARA PAGO</b>											\$ 2.140.000,00
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------

<b>VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES CIENTO CUARENTA MIL PESOS M/CTE</b>
--

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	14.980.000,00			8.560.000,00	- 6.420.000,00
------	---------------	--	--	--------------	----------------

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

<b>TOTAL CONTRATO</b>	\$ 18.980.000,00	\$ -	\$ -	\$ 12.560.000,00	-\$ 6.420.000,00
-----------------------	------------------	------	------	------------------	------------------

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--


--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

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

<b>NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:</b> TE. Evelin Julissa Cifuentes	<b>FIRMA</b>	
<b>NÚMERO DE CEDULA:</b>	1026273351	
<b>CELULAR :</b> 3132244575	<b>CORREO:</b> ecifuentes@homil.gov.co	

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		Observaciones
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	
<b>FORMATO</b>	<b>INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO</b>					<b>CODIGO:</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>10</b>	
						<b>Página:</b>	<b>2 DE 2</b>		