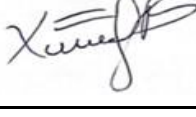


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05							
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024							
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10							
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI							
Fecha:		26/05/2026		INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		MAYO		
No. de Contrato:		SP-SSAA-1089-2025			VALOR		42.998.000							
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual		SP-GECO-0405-2025												
Objeto		PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL												
Nombre de Contratista		ALISSON VIVIANA DUARTE PAEZ			NIT/ CC		1.000.619.089							
Clase de Contrato		PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación		DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.		488404748581		Banco:		DAVIVIENDA		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 (2026)		81626	8/01/2026	816	8/01/2026	78626	8/01/2026	MAYO				4.848.000		
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO												4.848.000		
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE														
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)			REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C )			VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)			
VIGENCIA AÑO-2025	9.062.000								9.062.000		0			
VIGENCIA AÑO-2026	33.936.000								24.240.000		9.696.000			
TOTAL CONTRATO	\$ 42.998.000,00					\$ -			\$ 33.302.000,00		9.696.000			
Nombre del Supervisor : MARTHA LUCIA PINZON ALDANA						Fecha de notificación: 01/11/2025								
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION							
		1/11/2025					31/07/2026							
Vigencia del Contrato:		9 MESES												
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
<b>NOTA 1:</b> Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y riesgos profesionales con fecha: 2026/05/05 Planilla N° 9504177151 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														
<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 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
<b>NOTA 4:</b> 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		
<b>OBSERVACIONES :</b>														
<b>NOTA 5:</b> En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$ 6.500.000 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: SMSM XILENA FAIZULY BETANCUR ORTIZ					FIRMA				
NÚMERO DE CEDULA:	1.013.613.194 DE BOGOTA								
CELULAR : 3132856073	CORREO: xbetancur@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									