

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				PAGINA 1 DE 2								
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI												
Fecha:	21/5/2026	INFORME DE SUPERVISOR.		TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		MAYO						
No. de Contrato:	N°SP-SUMD-1213-2025	VALOR.		32.320.000										
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0441-2025													
Objeto PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y ONCOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA-HOSPITAL MILITAR CENTRAL														
Nombre de Contratista	MARIA CATALINA DIAZ RODRIGUEZ			NIT/ CC		52897068								
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación		CONTRATACIÓN DIRECTA								
Cuenta Bancaria No.	106789514	Banco:	BANCO DE BOGOTA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente						
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : N/A		Aseguradora (Si aplica): N/A		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): N/A										
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL														
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
2026	38626	07/01/2026	386	07/01/2026	37326	7/1/2026	MAYO				\$ 3.644.000,00			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO \$ 3.644.000,00														
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS M/C														
VR. CONTRATO (A)														
VIGENCIA	VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)							
2025	\$ 6.812.000,00				\$ 6.812.000,00		\$ -							
2026	\$ 25.508.000,00				\$ 18.220.000,00		\$ 7.288.000,00							
TOTAL CONTRATO \$ 32.320.000,00 \$ - \$ 25.032.000,00 \$ 7.288.000,00														
Nombre del Supervisor T. EVELIN JULISSA CIFUENTES ARBOLEDA Fecha de notificación: 31/10/2025														
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		1/11/2025				31/7/2026								
Vigencia del Contrato:		vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.												
Prorrogas:		1- 2- 3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 20/05/2026 y riesgos profesionales 20/05/2026 Planilla N° 76165898 -- 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 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 de del														
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 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 almacen)	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														
CÓDIGO:												VERSIÓN	10	
Página:												2 DE 2		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: T. EVELIN JULISSA CIFUENTES ARBOLEDA FIRMA														
NÚMERO DE CEDULA: 1026273351														
CELULAR : 3132244575 CORREO: ecifuentes@homil.gov.co														
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:														
DOCUMENTOS														
Informe de Actividades con sus soportes														
Acta de supervisión y/o Factura														
Pago de Seguridad Social														

