



<b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>		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:		23/06/2026		INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		<b>JUNIO</b>		
No. de Contrato:		SP-SSAA 1078-2025				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		TATIANA CAROLINA BARRANTES GRANOBLES				NIT/ CC		1.013.658.288						
Clase de Contrato		PRESTACION DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación		DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.		056-890-556		Banco:		AV VILLAS		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)		83426	8/01/2026	834	8/01/2026	80226	8/01/2026	JUNIO				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								29.088.000		4.848.000		
TOTAL CONTRATO		\$ 42.998.000,00					\$ -			\$ 38.150.000,00		4.848.000		
Nombre del Supervisor : XILENA FAIZULY BETANCUR						Fecha de notificación: 1/11/2025								
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION							
		1/11/2025					31/07/2026							
Vigencia del Contrato:		9 MESES												
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
		4												
<b>NOTA 1:</b> Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y riesgos profesionales con fecha: 2026/06/09 Planilla N° 90408935 correspondiente al mes de MAYO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (MAYO); 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 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
<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> (Si aplica observaciones en el mes a presentar):														
<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								