


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:	23/06/2026	<u>INFORME DE SUPERVISOR</u>		<u>TRAMITE PARA PAGO</u>		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		JUNIO				
No. de Contrato:	SP-SSAA 1079-2025			<u>VALOR</u>		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	MARTHA LIBETH BELLO ROCHA			<u>NIT/ CC</u>		1.032.452.182								
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			<u>Modalidad de Contratación</u>		DIRECTA								
Cuenta Bancaria No.	701057101		Banco:	ITAU		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)	80026	8/01/2026	800	8/01/2026	77026	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												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y riesgos profesionales con fecha: 2026/06/02 Planilla N° 88419202 correspondiente al mes de JUNIO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JUNIO); 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 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
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 \$ 6.500.000 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								