

		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECO-MIN-01-FT-05		
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS				FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024		
		MANUAL: CONTRATACION				VERSIÓN: 10		
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES				PÁGINA 1 DE 2		
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI						
Fecha:	22/6/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		
				x		JUNIO		
No. de Contrato:	N°SP-SUMD-1146-2025			VALOR	32.320.000			
N° de Proceso en el SECOP II/Tienda virtual	SP-GECO-0414-2025							
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA-HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Nombre de Contratista	MARÍA MÓNICA CARRILLO TÉLLEZ			NTI/CC	1030693988			
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACIÓN DIRECTA			
Cuenta Bancaria No.	007380842455	Banco:	Banco de Davivienda	Tipo de Cuenta:	Ahorros	x	Corriente	
Garantía Cumplimiento (Si aplica):		Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):				
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL							
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	
2026	79226	08/01/2026	782	08/01/2026	75226	08/01/2026	JUNIO	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO							\$ 3.644.000,00	
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS M/C								
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)		VR. EJECUTADO (D)	
2025	\$ 6.812.000,00		NA		NA		\$ 6.812.000,00	
2026	\$ 25.508.000,00		NA		NA		\$ 21.864.000,00	
TOTAL CONTRATO	\$ 32.320.000,00		\$ -		\$ -		\$ 28.676.000,00	
Nombre del Supervisor TE.: EVELIN JULISSA CIFUENTES ARBOLEA				Fecha de notificación: 31/10/2025				
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACION			
		01/11/2025			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 01/06/2026 y riesgos profesionales 01/06/2026 Planilla N° 85166284 – 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								
NOTA 2: Recuerdo 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 detallada 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 INSTALACION	
							FECHA DE INSTALACION	
							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.								
INFORMACION GENERAL								
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	
							Valor	
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO						CODIGO:	VERSIÓN
							Página:	2 DE 2
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: T. EVELIN JULISSA CIFUENTES ARBOLEA				FIRMA				
NÚMERO DE CEDULA:				1026273351				
CELULAR : 3132244575				CORREO: ecifuentes@homil.gov.co				
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		