

HOSPITAL MILITAR 		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: 19-05-2024	
		MANUAL: CONTRATACION		VERSIÓN: 10	
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES		PAGINA 1 DE 2	
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI					

Fecha:	22/6/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE	JUNIO				
No. de Contrato:	SP-SUMD-1165-2025			VALOR	18.980.000,00						
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0417-2025										
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL										
Nombre de Contratista	LAURA DANIELA MURILLO ACUÑA			NIT/ CC	1021392892						
Clase de Contrato	Prestación de servicios			Modalidad de Contratación	Contratación directa.						
Cuenta Bancaria No.	0550488441736870	Banco:	DAVIVIENDA		Tipo de Cuenta:	Ahorros X Corriente					
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):								
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL											
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDDP)	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	70726	8/1/2026	707	8/1/2026	67726	8/1/2026	JUNIO				\$ 2.140.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 2.140.000,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES CIENTO CUARENTA 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)
2025	4.000.000,00			4.000.000,00	
2026	14.980.000,00			12.840.000,00	- 2.140.000,00
TOTAL CONTRATO	\$ 18.980.000,00	\$ -	\$ -	\$ 16.840.000,00	-\$ 2.140.000,00

Nombre del Supervisor: TE. Evelin Julissa Cifuentes		Fecha de notificación: 01/11/2025	
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 diez (10) meses más.		
Prorrogas:	En tiempo		
	1-		
	2-		
	3-		

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/06/22 y riesgos profesionales 2026/06/22 Planilla N° 90443686 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: 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 detallada el cuadro realcionado a continuación:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE	MARCA	NUMERO DE SERIE	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE	FECHA DE INGRESO	NUMERO DE PARTE	ESTADO (Instalado)	CANTIDAD	NUMERO DE	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	FECHA DE SALIDA	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						CODIGO: Página:	VERSIÓN 10 2 DE 2
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: TE. Evelin Julissa Cifuentes			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