

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												
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI					PAGINA 1 DE 2							
Fecha:	23/6/2026		INFORME DE SUPERVISOR			TRAMITE PARA PAGO	X		MES DE PRESTACION DE	JUNIO				
No. de Contrato:	N°SP-SUMD-1159-2025					VALOR		18.980.000,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0417-2025													
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL M.													
Nombre de Contratista	Gisel Camila Benavides Cadena					NIT/ CC		1021512861						
Clase de Contrato	Prestación de servicios					Modalidad de Contratación		Contratación directa.						
Cuenta Bancaria No.	061958778		Banco:		AV VILLAS		Tipo de Cuenta:		Ahorros	X		Corriente		
Garantía Cumplimiento (Si aplica):			Asegurado ra (Si aplica):			Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):								
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL														
VIGENCIA	Cerificación de Disponibilidad Presupuestal	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	70826	8/1/2026	708	8/1/2026	67826	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 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 02- JUNIO 2026 y riesgos profesionales 02- JUNIO-2026 Planilla N°6018538891 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 detalla da el cuadro realcionado a continuación:														
REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE	MARCA	NÚMERO DE SERIE	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE	ESTADO (Instalado)	CANTIDAD	NÚMERO DE	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														
DESCRIPCIÓN DEL	SERIE	PLACA	ÁREA 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:	VERSIÓN	10	
											Página:	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

