

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		

Fecha:	23/6/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	JUNIO	
No. de Contrato:	SP-SUMD-1171-2025			VALOR	18.980.000,00			
N° 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	Lizeth Mayerli Sánchez Navarrete			NIT/ CC	1007106291			
Clase de Contrato	Prestación de servicios			Modalidad de Contratación	Contratación directa.			
Cuenta Bancaria No.	91282614346	Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	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					
2026	65126	7/1/2026	651	7/1/2026	62126	7/1/2026	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 2026/06/18 y riesgos profesionales 2026/06/18 Planilla N° 9505750745 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	NUMERO DE SERIE	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE	FECHA DE INGRESO	NUMERO DE PARTE (SI	ESTADO (Instalado	CANTIDAD	NUMERO 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														
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO			No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO			FECHA DE MANTENIMIENTO		FECHA DE ENTRADA DEL	FECHA DE SALIDA DEL	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		

