

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: 19-05-2024					
		MANUAL: CONTRATACION				VERSIÓN: 10					
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES									
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI				PAGINA 1 DE 2					
Fecha:	22/06/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	JUNIO				
No. de Contrato:	SP-SUMD-1166-2025			VALOR	\$ 18.980.000						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SP-GECO-0417-2025										
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZADA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL										
Nombre de Contratista	YISETH CAMILA PINTO ARDILA			NIT/ CC	1.027.523.681						
Clase de Contrato	Prestación de servicios			Modalidad de Contratación	Contratación directa.						
Cuenta Bancaria No.	24136667081	Banco:	Banco Caja Social		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	72626	8/01/2026	726	8/01/2026	69626	8/01/2026	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 MCTE

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			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 EVELYN CIFUENTES					Fecha de notificación: 06/02/2025									
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION									
	31/10/2025				31/07/2026									
Vigencia del Contrato:														
vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.														
Prorrogas:	En tiempo													
	1-													
	2-													
	3-													
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/06/01 y riesgos profesionales 2026/06/01 Planilla N° 6018370654 - 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 \$ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL						
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN	RIESGOS PROFESIONALES

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: TE. EVELIN CIFUENTES		
NÚMERO DE CEDULA:	71.556.790	
CELULAR : 3114608155	CORREO: ECIFUENTES@HOMIL.GOV.CO	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	x	
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	x	1

Diligenciar la informacion en caso de que los honorarios superen \$ 6.808.000 pesos M/cte