

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 1								
Fecha:	23/06/2026	INFORME DE SUPERVISOR			TRAMITE PARA PAGO		X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JUNIO							
No. de Contrato:	SP-SUMD-1168-2025				VALOR		\$ 18.980.000									
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0417-2025															
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL															
Nombre de Contratista	Michael Adan Rodriguez Ladino				NIT/ CC		1.000.810.196									
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación		DIRECTA									
Cuenta Bancaria No.	0550007100944995		Banco:	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						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										
	VIGENCIA AÑO 2025	76626	8/01/2026	766	73626	8/01/2026						JUNIO				\$ 2.140.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 2.140.000					
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES CIENTO CUARENTAMIL DE 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		0			0		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		\$ 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						31/07/2026								
Vigencia del Contrato:		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 2026/06/19 y riesgos profesionales 2026/06/19 Planilla N° 6020959118 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 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.																
INFORMACION GENERAL																
Entidad	N° Planilla		Fecha de pago		SALUD			PENSION			RIESGOS PROFESIONALES					
					Entidad	Valor		Entidad	Valor		Entidad	Valor				
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: TE.EVELIN JULISSA CIFUENTES										FIRMA						
NUMERO DE CEDULA:1026273351					CORREO:ecifuentes@homil.gov.co											
CELULAR :3132244575																
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				