

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:	23/06/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JUNIO							
No. de Contrato:	SP-SUMD-1161-2025			VALOR	\$ 18.980.000									
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-SUMD-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	Danna Ximena Cifuentes Guzman			NIT/ CC	1005718736									
Clase de Contrato	Prestación de servicios			Modalidad de Contratación	Contratación directa.									
Cuenta Bancaria No.	06887419386	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			
2026	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No. 65426	FECHA 7/1/2026	DINAMICA No. 654	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No. 62426	FECHA CRP 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						\$ 4.000.000							
2026	14.980.000,00						\$12.840.000		\$2.140.000					
TOTAL CONTRATO	\$18.980.000		\$ -		\$ -		\$16.840.000		\$2.140.000					
Nombre del Supervisor: TE EVELIN JULISSA CIFUENTES ARBOLEDA														
Fecha de notificación: 01/11/2025														
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO 1/11/2025					FECHA DE TERMINACION 31/07/2026							
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 2026/06/11 y riesgos profesionales 2026/06/11 Planilla N°9505204632- 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	NUMERO DE SERIE DEL	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA AL	FECHA DE INGRESO	NUMERO DE PARTE (SI	ESTADO (Instalado/	CANTIDAD	NUMERO DE REPORTE 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		
TE EVELIN JULISSA CIFUENTES ARBOLEDA														
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							