

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:	31/06/2026		INFORME DE SUPERVISOR			TRAMITE PARA PAGO	X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		JUNIO															
No. de Contrato:	SP-SSAA-1336-2025					VALOR		\$20.674.000																		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0483-2025																									
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PREPARADOR DE MORGUE PARA EL SERVICIO DE PATOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA EL SERVICIO DE PATOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL																									
Nombre de Contratista	JEFFERSON JAIR FONSECA ORTIZ				NIT/ CC		1233508693																			
Clase de Contrato	Prestacion de servicios						Modalidad de Contratación		Contratacion directa																	
Cuenta Bancaria No.	478900059203			Banco:	DAVIVENDA		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 Presupuesta I (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP																				
	VIGENCIA AÑO 2025	Nº217825	10/11/2025	Nº2178	17/11/2025	439725						10/11/2025														
	VIGENCIA AÑO 2026	Nº42226	01/07/2026	Nº 422	01/07/2026	40626						01/07/2026														
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$2.407.000															
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES CUATROCIENTOS SIETE MIL PESOS MCTW																										
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)			REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)																
VIGENCIA AÑO 2025	\$3.825.000							\$3.825.000		\$0																
VIGENCIA AÑO 2026	\$16.849.000							\$14.442.000		\$2.407.000																
TOTAL CONTRATO	\$20.674.000		\$0			\$0		\$18.267.000		\$2.407.000																
Nombre del Supervisor DIANA CAROLINA MORENO REYES																										
Fecha de notificación: 10-11-2025																										
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO						FECHA DE TERMINACION																		
		10/11/2025						31/7/2026																		
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 2026/06/18 y riesgos profesionales 2026/04/28 Planilla N° 90371647– 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	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																										
DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	ÁREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO		No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO		FECHA DE MANTENIMIENTO		FECHA DE ENTRADA	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: JDIANA CAROLINA MORENO REYES																										
NÚMERO DE CEDULA: 1014219304																										
CELULAR : 3105537007																										
CORREO: dcmoreno@homil.gov.co																										
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:																										
<table><tr><td>DOCUMENTOS</td><td>SI</td><td>N° FOLIOS</td></tr><tr><td>Informe de Actividades con sus soportes</td><td>X</td><td>1</td></tr><tr><td>Acta de supervisión y/o Factura</td><td>X</td><td>1</td></tr><tr><td>Pago de Seguridad Social</td><td>X</td><td>1</td></tr></table>															DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS	Informe de Actividades con sus soportes	X	1	Acta de supervisión y/o Factura	X	1	Pago de Seguridad Social	X	1
DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS																								
Informe de Actividades con sus soportes	X	1																								
Acta de supervisión y/o Factura	X	1																								
Pago de Seguridad Social	X	1																								