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: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	22/6/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	x	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**JUNIO**
No. de Contrato:	N°SP-SUMD-1213-2025			**VALOR**	**32.320.000**		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0441-2025						
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y ONCOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA-HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	MARIA CATALINA DIAZ RODRIGUEZ			**NIT/ CC**	**52807068**		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			**Modalidad de Contratación**	CONTRATACIÓN DIRECTA		

Cuenta Bancaria No.	106789514	**Banco:**	BANCO DE BOGOTA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	x	**Corriente**	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : N/A | **Aseguradora (Si aplica): N/A** | **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): N/A**

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	38626	07/01/2026	386	07/01/2026	37326	7/1/2026	JUNIO				$ 3.644.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 3.644.000,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS M/C

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2025	$ 6.812.000,00			$ 6.812.000,00	$ -
2026	$ 25.508.000,00			$ 21.864.000,00	$ 3.644.000,00
TOTAL CONTRATO	**$ 32.320.000,00**		**$ -**	**$ 28.676.000,00**	**$ 3.644.000,00**

Nombre del Supervisor T. EVELIN JULISSA CIFUENTES ARBOLEDA | **Fecha de notificación: 31/10/2025**

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Plazo de ejecución	**1/11/2025**	**31/7/2026**
Vigencia del Contrato:		
Prorrogas:	**vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 09/06/2026 y riesgos profesionales 09/06/2026 Planilla N° 83600512 – 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 del mes de MAYO; asi 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 de del

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	
			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: T. EVELIN JULISSA CIFUENTES ARBOLEDA | **FIRMA** | *EVELINN CIFUENTES*

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