

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:	22/09/2026		INFORME DE SUPERVISOR			TRAMITE PARA PAGO	X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		SEPTIEMBRE			
No. de Contrato:	SP-SSAA 1118-2025					VALOR		62.390.000						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0405-2025													
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	ANGGIE LORENA TIBADUIZA GONZALEZ					NIT/ CC		1.193.193.813.						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS					Modalidad de Contratación		DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	91234443190			Banco:	BANCOLOMBIA				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 (2026)	79426	8/01/2026	794	8/01/2026	76426	8/01/2026	SEPTIEMBRE					4.848.000		
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO												4.848.000		
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO 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)			
VIGENCIA AÑO-2025	9.062.000								9.062.000					
VIGENCIA AÑO-2026	33.936.000		19.392.000						43.632.000		9.696.000			
TOTAL CONTRATO	\$ 42.998.000,00		19.392.000			\$ -			\$ 52.694.000,00		9.696.000			
Nombre del Supervisor : XILENA FAIZULY BETANCUR							Fecha de notificación: 01/11/2025							
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION						
			1/11/2025					31/07/2026						
Vigencia del Contrato:			9 MESES											
Prorrogas:			En tiempo											
			1- agosto 1/2026 a noviembre 30/2026											
			2-											
			3-											
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y riesgos profesionales con fecha: 2026/09/04 Planilla N° 9509670978 correspondiente al mes de AGOSTO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (AGOSTO); 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 \$ 7.575.000 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: SMSM XILENA FAIZULY BETANCUR ORTIZ					FIRMA				
NÚMERO DE CEDULA:		1.013.613.194 DE BOGOTA							
CELULAR : 3132856073					CORREO: xbetancur@homil.gov.co				
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:									
			DOCUMENTOS		SI	N° FOLIOS			
			Informe de Actividades con sus soportes						
			Acta de supervisión y/o Factura						
			Pago de Seguridad Social						