

HOSPITAL MILITAR CENTRAL			FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CODIGO: 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				PAGINA 1 DE 2				
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI											
Fecha:	27 ENERO 2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	ENERO 2025				
No. de Contrato:	SP-SUMD-0898-2024			VALOR		\$25.080.000,00					
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-SECO-0485-2024										
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL										
Nombre de Contratista	VASQUEZ ARDILA FRANCISCO			NIT/CC		91.045.687					
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación		CONTRATACION DIRECTA					
Cuenta Bancaria No.	0550048100010783	Banco:	Davivienda			Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente		
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Asegurador a (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):								
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
AÑO 2025	81625	10/01/2025			76025	10/01/2025	ENERO 2025				\$2.508.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$2.508.000,00

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VALOR EJECUTAD O	SALDO CONTRATO
AÑO 2024	\$83.600,00			\$83.600,00	\$,00
AÑO 2025	\$24.996.400,00		\$,00	\$2.424.400,00	\$22.572.000,00
TOTAL CONTRATO	\$25.080.000,00		\$,00	\$2.508.000,00	\$22.572.000,00

VALOR A LIBERAR MES DE ENERO 2025 \$.00

Nombre del Supervisor MARTHA CONSUELO ROMERO TORRES					Fecha de notificación:21/01/2025									
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION							
		31/12/2024					31/10/2025							
Vigencia del Contrato:		31/10/2025												
PRORROGAS		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 12/9/2024 y riesgos profesionales 12/9/2024 Planilla 9478245066- correspondiente al mes de DICIEMBRE En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (DICIEMBRE); 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.														
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 detallada el cuadro relacionado a continuación:														
REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (instalado / existencia o almacen)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACION	FECHA DE INSTALACION	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	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE OBSERVACIONES

OBSERVACIONES

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$ 6.500.000 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:		<div> AUTORIZACIÓN Martha Consuelo Romero Torres Servidor Misional en Sanidad Militar Servicio de Enfermería Supervisora Contrato</div>	
NÚMERO DE CEDULA:	51.871.493		
CELULAR:	CORREO: mromero@homil.gov.co		

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	1	1
Acta de supervisión y/o Factura	1	1
Pago de Seguridad Social	1	1