

29/01/25

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					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-0774-2024			VALOR	\$25.080.000,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-SECO-0479-2024										
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	HUERTAS VARGAS YELENA ✓			NIT/CC	1.023.910.668						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	24090344381	Banco:	BANCO CAJA SOCIAL		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente			
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Asegurador a (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):								
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
AÑO 2025	49625	10/01/2025			45725	10/01/2025	ENERO 2025				\$2.508.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$2.508.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:DOS MILLONES QUINIENTOS OCHO MIL PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VALOR EJECUTADO	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

OBSERVACIONES: Inicio contrato el día 31 de diciembre 2024, se adjunta certificación bancaria, realizo prestación de servicio en el area conforme se encuentra en planilla de informacion de prestacion del servicio

VALOR A LIBERAR MES DE ENERO 2025 \$,00

Nombre del Supervisor MARTHA CONSUELO ROMERO TORRES					Fecha de notificación:21/01/2025									
Plazo de ejecucion		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 1/6/2025 y riesgos profesionales 1/6/2025 Planilla 1068675278-- 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 detalla da el cuadro realcionado 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 a 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														
DESCRIPCIO N DEL	SERIE	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA		No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO					FECHA	FECHA DE ENTRA	FECHA DE	OBSERVACI	
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:

AUTORIZACIÓN

Martha Consuelo Romero Torres

Servidor Misional en Sanidad Militar

Servicio de Enfermería

Supervisora Contrato

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