| 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:** | 24 ABRIL 2025 | **INFORME DE SUPERVISOR** | X | **TRAMITE PARA PAGO** | X | **MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE** | ABRIL 2025 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. de Contrato:** | SP-SUMD-0802-2024 | **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** | **QUIMBAYO GRACIA YENNY ANDREA** | **NIT/ CC** | 1012389575 |
| **Clase de Contrato** | PRESTACION DE SERVICIOS | **Modalidad de Contratación** | CONTRATACION DIRECTA |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cuenta Bancaria No.** | 5,5047410006e+014 | **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** | **ALMACEN AL QUE INGRESA** | **VALOR OBLIGACIÓN** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.** | **FECHA** | **DINAMICA No.** | **FECHA** | **Registro Presupuestal (RP) No.** | **FECHA CRP** | | | | | |
| AÑO 2025 | 63925 | 10/01/2025 | | | 58925 | 10/01/2025 | ABRIL 2025 | | | | $ 0,00 |
| | | | | | | | | | | | |
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO** | | | | | | | | | | | $ 0,00 |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:**

| **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 | | | | $15.048.000,00 |
| | | | | | |
| **TOTAL CONTRATO** | **$25.080.000,00** | | | $5.266.800,00 | **$15.048.000,00** - |

| | |
|---|---|
| **OBSERVACIONES: NO REALIZA PRESTACION DE SERVICIOS POR LICENCIA DE MATERNIDAD** | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del Supervisor SUBTENIENTE JUAN MANUEL HERRERA SEPULVEDA** | **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 9480171148y riesgos profesionales 9480171148Planilla 9480171148– correspondiente al mes de **MARZO**
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (**MARZO**); 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 continuacion:

| 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 / 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 | 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:**

**Subteniente Juan Manuel Herrera Sepúlveda**
Oficial en Comisión Administrativa Permanente
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

| | |
|---|---|
| **NÚMERO DE CEDULA:** | 1018505673 |
| **CELULAR :** | **CORREO: jmherrera@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 |