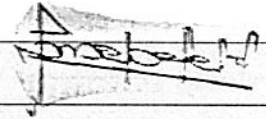
		HOSPITAL MILITAR CENTRAL FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-PT-05							
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS MANUAL: CONTRATACION PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES						FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024							
		SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI						VERSIÓN: 10							
								PAGINA 1 DE 2							
Fecha:	29 JULIO DE 2025	<b>INFORME DE SUPERVISOR</b>		<b>TRAMITE PARA PAGO</b>		X	MES DE PRESTACION DE	<b>JULIO DE 2025</b>							
No. de Contrato:	SP-SSAA-0305-2025			<b>VALOR</b>		<b>21.485.200</b>									
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0207-2025														
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA														
Nombre de Contratista	<b>INGRID MARCELA DELGADO ROMERO</b>			<b>NIT/ CC</b>		<b>52.843.114</b>									
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			<b>Modalidad de Contratación</b>		<b>CONTRATACION DIRECTA</b>									
Cuenta Bancaria No.	0550-4884-3060-5607	Banco:	Davivienda		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente							
Garantía Cumplimiento (Si aplica):		Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):											
<b>INFORMACIÓN PRESUPUESTAL</b>															
<b>VIGENCIA</b>	<b>Certificado de Disponibilidad Presupuestal</b>	<b>FECHA</b>	<b>DINAMI CA No.</b>	<b>FECHA</b>	<b>Registro Presupuestal (RP) No.</b>	<b>FECHA CRP</b>	<b>No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL</b>	<b>FECHA FACTUR A</b>	<b>ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE</b>	<b>ALMACEN AL QUE INGRES</b>	<b>VALOR OBLIGACIÓN</b>				
VIGENCIA AÑO 2025	111225	12/02/2025			142525	14/02/2025	JULIO DE 2025				2.508.000				
										2508000					
<b>VALOR AUTORIZADO PARA PAGO</b>										2508000					
<b>VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (DOS MILLONES QUINIENTOS OCHO MIL PESOS M/CTE. )</b>															
<b>VIGENCIA</b>	<b>VR. CONTRATO (A)</b>	<b>VR. ADICION (B)</b>		<b>REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C )</b>		<b>VR. EJECUTADO (D)</b>	<b>SALDO CONTRATO (A+B-C-D)</b>								
VIGENCIA AÑO 2025	21.485.200					11.453.200	\$ 10.032.000,00								
<b>TOTAL CONTRATO</b>	\$ 21.485.200,00	\$ -		\$ -		\$ 11.453.200,00	\$ 10.032.000,00								
<b>Nombre del Supervisor :Fabian Augusto Montoya Molina</b>						<b>Fecha de notificación:17/02/2025</b>									
<b>Plazo de ejecución</b>		<b>FECHA DE INICIO</b>			<b>FECHA DE TERMINACION</b>										
		13 de Febrero de 2025			31 de Octubre de 2025										
<b>Vigencia del Contrato:</b>		En tiempo 09 Meses													
<b>Prorrogas:</b>		1- 2- 3-													
<b>NOTA 1:</b> Verifico pago de parafiscales EPS y Pension 2025/06/17 y riesgos profesionales 2025/06/17 Planilla N°8387334448- correspondiente al mes de JUNIO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JUNIO); 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															
<b>NOTA 2:</b> 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.															
<b>NOTA 3 :</b> Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detallada el cuadro reacionado a continuacion:															
<b>REPUESTO</b>	<b>EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO</b>	<b>MARCA</b>	<b>NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO</b>	<b>PLACA DEL EQUIPO</b>	<b>NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN</b>	<b>FECHA DE INGRESO</b>	<b>NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)</b>	<b>ESTADO (Inhabilitado/ existencia almacenada)</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN</b>	<b>FECHA DE INSTALACIÓN</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	
<small>NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión</small>															
<b>DESCRIPCION DEL EQUIPO</b>	<b>SERJE</b>	<b>PLACA</b>	<b>AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO</b>	<b>No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO</b>			<b>FECHA DE MANTENIMIENTO</b>	<b>FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO</b>	<b>FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>					
<b>OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):</b>															
<b>NOTA 5:</b> 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															
<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>															
<b>Entidad</b>	<b>N° Planilla</b>	<b>Fecha de pago</b>	<b>SALUD</b>		<b>PENSIÓN</b>		<b>RIESGOS PROFESIONALES</b>								
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor							

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Fabian Augusto Montoya Molina

FIRMA



NÚMERO DE CEDULA: 16.931.969 de Cali

CELULAR :

CORREO: urgencias@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1