


<b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>		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:	17/07/2025	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JULIO
--------	------------	-----------------------	-------------------	---	--	-------

No. de Contrato:	SP-SUMD-1129-2024	VALOR	25.080.000,00
Nº de Proceso en el SECOPI /Tienda Objeto	SP-SECO-0521-2024 PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE SALAS DE CIRUGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	Julieth Zulaima Alfonso Tapasco	NIT/ CC	1033767603
Clase de Contrato	Prestación de servicios	Modalidad de Contratación	Contratación directa.
Cuenta Bancaria No.	23778758504	Banco:	BANCOLOMBIA
		Tipo de Cuenta:	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					
2025	102925	13/01/2025	1029	13/01/2025	97725	13/01/2025	JULIO	N/A	N/A	N/A	\$ 2.508.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 2.508.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: don millones quinientos 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)
2024	\$ 83.600		\$ 0,00	\$ 83.600	
2025	\$ 24.996.400		\$ 0,00	\$ 17.472.400	\$ 7.524.000
<b>TOTAL CONTRATO</b>	<b>\$ 25.080.000</b>		<b>\$ -</b>	<b>\$ 17.556.000</b>	<b>\$ 7.524.000</b>

Nombre del Supervisor	ADRIANA PLAZAS CASTILLO	Fecha de notificación:	31/12/2024
-----------------------	-------------------------	------------------------	------------

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 2025/15/07 y riesgos profesionales 2025/15/07 Planilla N° 4607932928 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

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 ALMACÉN	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 \$ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

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:	7 DE 7	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	ADRIANA PLAZAS CASTILLO	52144569
NÚMERO DE CEDULA:		CORREO: APLAZAS@HOMIL.GOV.CO
CELULAR :	3486868 EXT : 3077	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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

