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:	15/07/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JULIO

No. de Contrato:	SP-SSAA-1356-2024			VALOR					$67.340.000
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-SSAA-1356-2024								
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIÓLOGO CON EXPERIENCIA EN BIOLOGÍA MOLECULAR PARA EL SERVICIO DE PATOLOGÍA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL								
Nombre de Contratista	CARLOS ALBERTO RAMIREZ BAQUERO			NIT/ CC	1,023,872,234				
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACIÓN DIRECTA				
Cuenta Bancaria No.	388-160187-97	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 ALMACEN 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					
VIGENCIA AÑO 2025	69725	10/1/2025	697	10/01/2025	64325	10/1/2025	JULIO				6.734.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											6.734.000

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SEIS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO 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)
VIGENCIA AÑO 2024	$224.467			$224.467	$0
VIGENCIA AÑO 2025	$67.115.533			$46.913.533	$20.202.000
TOTAL CONTRATO	$67.340.000	$0	$0	$47.138.000	$20.202.000

Nombre del Supervisor	DR. JULIAN ANDRES BARRETO PLAZA	Fecha de notificación:	26/12/2024
Plazo de ejecución	10 MESES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
		31/12/2024	31/10/2025
Vigencia del Contrato:	2025		
Prorrogas:		En tiempo	
		1-	
		2-	
		3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/07/03 y riesgos profesionales 2025/07/03 Planilla N° 87619346- 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 presentó 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 detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

REPUESTO	EQUIPO AL	MARCA	NÚMERO DE	PLACA DEL	NÚMERO DE	FECHA DE	NÚMERO DE	ESTADO	CANTIDAD	NÚMERO DE	FECHA DE	VALOR	VALOR TOTAL	OBSERVACIO

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	FECHA DE SALIDA DEL	OBSERVACIO NES

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.

INFORMACIÓN GENERAL								
Entidad	Nº 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: Julian Andres Barreto Plaza		
NÚMERO DE CEDULA:	1.083.870.504	
CELULAR : 3164348402		CORREO: jbarreto@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