

 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		PÁGINA 1 DE 2
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI			

Fecha:	05 AGOSTO 2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	JUNIO 2025
--------	----------------	-----------------------	---	-------------------	---	--	------------

No. de Contrato:	SP-SUMD-0418-2025	VALOR	\$8.800.000,00
------------------	-------------------	-------	----------------

N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0311-2025
--	-------------------

Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO CAMILLERO PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL
--------	--

Nombre de Contratista	ALVAREZ VILLADIEGO WILMER YESID	NIT/CC	1032495129
-----------------------	---------------------------------	--------	------------

Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA
-------------------	-------------------------	---------------------------	----------------------

Cuenta Bancaria No.	033379223	Banco:	BANCO DE BOGOTA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	<input checked="" type="checkbox"/>	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	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
AÑO 2025	178125	19/06/2025			234025	19/06/2025	JUNIO 2025				\$800.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$800.000,00	

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: OCHOCIENTOS MIL PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2024	\$,00			\$,00	\$,00
AÑO 2025	\$8.800.000,00			\$800.000,00	\$8.000.000,00
TOTAL CONTRATO	\$8.800.000,00			\$800.000,00	\$8.000.000,00

OBSERVACIONES: Realizo prestación de servicio en el area conforme se encuentra en planilla de informacion de prestación del servicio
--

Nombre del Supervisor SUBTENIENTE JUAN MANUEL HERRERA SEPULVEDA	Fecha de notificación: 6/19/2025
---	----------------------------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
	19/06/2025		10/31/2025
Vigencia del Contrato:	10/31/2025		
PRORROGAS	En tiempo		
	1-		
	2-		
	3-		

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales 1074590344Planilla 1074590344- correspondiente al mes de MAYO
 En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (MAYO); 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 reacionado 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		FORMATO
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	
	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO							CODIGO:	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
 1018505673

NÚMERO DE CEDULA:

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