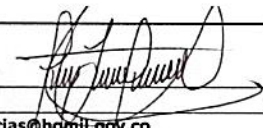


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05						
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024						
		MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10						
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES						PÁGINA 1 DE 2						
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI														
Fecha:	04 DE AGOSTO 2025	INFORME DE SUPERVISOR			TRAMITE PARA PAGO		X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO		JULIO DE 2025				
No. de Contrato:	SP-SSAA-0350-2025				VALOR		18.642.800							
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0248-2025													
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA													
Nombre de Contratista	SOL ALEJANDRA PINILLA RAMIREZ				NIT/ CC		1.018.409.243							
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación		CONTRATACION DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.	004-470-540-610		Banco:	Davivienda		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente					
Garantía Cumplimiento (Si aplica):		Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):										
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL														
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal	FECHA	DINAMI CA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	NO. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL	FECHA FACTUR A	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE	ALMACEN AL QUE INGRES	VALOR OBLIGACIÓN			
VIGENCIA AÑO 2025	111225	14/03/2025			161025	18/03/2025	JULIO DE 2025				2.508.000			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											2508000			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (DOS 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)							
VIGENCIA AÑO 2025	18.642.800					11.118.800	\$ 7.524.000,00							
TOTAL CONTRATO	\$ 18.642.800,00	\$ -		\$ -		\$ 11.118.800,00	\$ 7.524.000,00							
Nombre del Supervisor :Fabian Augusto Montoya Molina						Fecha de notificación:20/02/2025								
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		20 de Febrero de 2025				31 de Octubre de 2025								
Vigencia del Contrato:		09 Meses												
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
<p>NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pension 2025/07/21 y riesgos profesionales 2025/07/21 Planilla N°9486533192- 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 SATISEACCION</p> <p>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.</p> <p>NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro relacionado a continuación:</p>														
REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado/ estaboncia almacen)	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 :														
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	Nº Planilla	Fecha de pago		SALUD			PENSIÓN			RIESGOS PROFESIONALES				
				Entidad Valor			Entidad Valor			Entidad Valor				

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR (E): Laura Juliana Linares Laverde

FIRMA



NÚMERO DE CEDULA: 1.020.733.516 de Bogotá

CELULAR :

CORREO: urgencias@homi.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