


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					PAGINA 1 DE 2				
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI											
Fecha:	20 JULIO 2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	JULIO 2025				
No. de Contrato:	SP-SUMD-0207-2025			VALOR	\$18.200.000,00						
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0161-2025										
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO CAMILLERO PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL										
Nombre de Contratista	GUTIERREZ RODRIGUEZ JULIETH ALEJANDRA			NIT/CC	1016083754						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	0570485970007004	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	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 (RPI) No.	FECHA CRP					
AÑO 2025	115725	28/01/2025			124825	28/01/2025	JULIO 2025				\$2.000.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$2.000.000,00	

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES DE PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2024					\$,00
AÑO 2025	\$18.200.000,00			\$12.200.000,00	\$6.000.000,00
TOTAL CONTRATO	\$18.200.000,00			\$12.200.000,00	\$6.000.000,00

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

Nombre del Supervisor SUBTENIENTE JUAN MANUEL HERRERA SEPULVEDA

Fecha de notificación: 4/9/2025

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION											
	28/01/2025		10/31/2025											
Vigencia del Contrato:	10/31/2025													
PRORROGAS	En tiempo													
	1-													
	2-													
	3-													
<p>NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 1073093955 y riesgos profesionales 1073093955 Planilla 1073093955- 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.</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 detallada 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	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (instalado / existencia s 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


DESCRIPCIÓN DEL	SERIE	PLAC	ÁREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE	FECHA DE	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	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:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:


 Subteniente Juan Manuel Herrera Sepulveda
 Oficial en Comisión Administrativa Permanente
 Servicio de Enfermería
 Supervisor Contrato

NÚMERO DE CEDULA:

1018505673

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