

	HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECO-MH-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:	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-0400-2025	VALOR	\$13.376.000,00
------------------	-------------------	-------	-----------------

N° de Proceso en el SECOPI /Tienda virtual	SP-GECO-0294-2025
--	-------------------

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

Nombre de Contratista	DURAN OCAMPO MARIA CAMILA	NIT/CC	1014978843
-----------------------	---------------------------	--------	------------

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

Cuenta Bancaria No.	0550488451056839	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 (RP) No.	FECHA CRP					
AÑO 2025	154925	14/05/2025			204125	21/05/2025	JULIO 2025				\$2.508.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$2.508.000,00	

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:DOS MILLONES QUINIENTOS OCHO MIL PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2024	\$,00			\$,00	\$,00
AÑO 2025	\$13.376.000,00			\$5.852.000,00	\$7.524.000,00
TOTAL CONTRATO	\$13.376.000,00			\$5.852.000,00	\$7.524.000,00

OBSERVACIONES: Realizo prestación 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:21/05/2025

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION											
	21/05/2025		31/10/2025											
Vigencia del Contrato:	31/10/2025													
PRORROGAS	En tiempo													
	1-													
	2-													
	3-													
<p>NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 87707139y riesgos profesionales 87707139Planilla 87707139- 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 y 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	SERIE	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA	FECHA DE ENTRADA	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 Sepúlveda
 Oficial en Comisión Administrativa Permanente
 Servicio de Enfermería
 Supervisora Contrato
 1018505673

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