	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	PÁGINA 1 DE 2

Fecha:	21/08/2025	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	x	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Agosto
--------	------------	-----------------------	-------------------	---	--	--------

No. de Contrato:	SP-SSAA-0435-2025	VALOR	8276400
------------------	-------------------	-------	---------

N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SPSECO-0327-2025
--	------------------

Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO -CONTACT CENTER- DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA HOSPITAL MILITAR CENTRAL
--------	---

Nombre de Contratista	GIL CAMACHO CINDY PAOLA	NTT/CC	1024528689
-----------------------	-------------------------	--------	------------

Clase de Contrato	Prestación de Servicios	Modalidad de Contratación	Contratación Directa
-------------------	-------------------------	---------------------------	----------------------

Cuenta Bancaria No.	30497289731	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 ALMACÉN 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	200225	21/07/2025			269425	21/07/2025	Agosto	N/A	N/A	N/A	\$ 2.508.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$2.508.000

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Dos millones Quinientos Ocho mil pesos m/lete

VIGENCIA	VR. CONTRATO	VR. ADICION	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES	VR. EJECUTADO	SALDO CONTRATO
VIGENCIA AÑO 2025	\$ 8.276.400			\$ 3.260.400	\$ 5.016.000
TOTAL CONTRATO	\$8.276.400	\$0	\$0	\$3.260.400	\$5.016.000

Nombre del Superviso	NATHALIE GÓMEZ ANAYA	Fecha de notificación:	21/07/2025
----------------------	----------------------	------------------------	------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	21/07/2025	31/10/2025

Vigencia del Contrato:	VIGENCIA AÑO 2024
------------------------	-------------------

Prorrogas:	En tiempo
	1-
	3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/08/13 y riesgos profesionales 2025/08/13, Planilla N° 9490068894 - correspondiente al mes de JULIO de 2025. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que esta contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de JULIO; así mismo certifico que esta contratista presento el informe de actividades o la relacion 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 reacionado a continuacion:

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/ existencia 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 supervisi

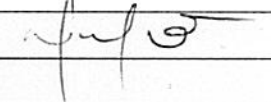
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES (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 \$ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSION		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 Enc.	NATHALIE GÓMEZ ANAYA	FIRMA	
---	----------------------	-------	---

NÚMERO DE CEDULA:	63,541,443
-------------------	------------

CELULAR:	CORREO:	nagomez@homil.gov.co
----------	---------	----------------------

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1