


| | | |
|---|--|------------------------------|
| 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: | 20 AGOSTO DE 2025 ✓ | INFORME DE SUPERVISOR | TRAMITE PARA PAGO | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE | AGOSTO DE 2025 |
|--------|---------------------|-----------------------|-------------------|---|--|----------------|

| | | | |
|------------------|-------------------|-------|------------|
| No. de Contrato: | SP-SSAA-0239-2025 | VALOR | 65.624.250 |
|------------------|-------------------|-------|------------|

| | |
|--|-------------------|
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual | SP-GECO-0177-2025 |
|--|-------------------|

| | |
|--------|---|
| Objeto | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS |
|--------|---|

| | | | |
|-----------------------|---------------------------------|---------|------------|
| Nombre de Contratista | YEIMMY VANESSA GALVIS GALINDO ✓ | NIT/ CC | 1192798555 |
|-----------------------|---------------------------------|---------|------------|

| | | | |
|-------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------|
| Clase de Contrato | PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Modalidad de Contratación | CONTRATACION DIRECTA |
|-------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------|

| | | | | | | | |
|---------------------|--------------|--------|------|-----------------|---------|---|-----------|
| Cuenta Bancaria No. | 0157-005-595 | Banco: | BBVA | 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 | ALMACÉN AL QUE INGRESA | VALOR OBLIGACIÓN |
|----------------------------|--|-----------|---------------|-----------|--------------------------------|-----------|--|---------------|-------------------------------------|------------------------|------------------|
| | Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No. | FECHA | DINAMIC A No. | FECHA | Registro Presupuestal (RP) No. | FECHA CRP | | | | | |
| VIGENCIA AÑO (2025) | 133925 | 3/02/2025 | 376 | 3/02/2025 | 133925 | 4/02/2025 | AGOSTO DE 2025 | | | | 7.346.000 ✓ |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | 7346000 |

| |
|---|
| VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (SIETE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS 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 | 65.624.250 | 0 | 0 | 50.932.250 | 14.692.000 |
| TOTAL CONTRATO | \$ 65.624.250 | \$ - | \$ - | \$ 50.932.250,00 | \$ 14.692.000,0 |

| | |
|--|----------------------------------|
| Nombre del Supervisor :Capitán Laura Juliana Linares Laverde (E) | Fecha de notificación:31/12/2024 |
|--|----------------------------------|

| | | |
|--------------------|----------------------|-----------------------|
| Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
| | 3 de Febrero de 2025 | 31 de Octubre de 2025 |

| | |
|------------------------|----------|
| Vigencia del Contrato: | 09 MESES |
|------------------------|----------|

| | |
|------------|-----------|
| Prorrogas: | En tiempo |
| | 1- |
| | 2- |
| | 3- |

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/08/15 y riesgos profesionales 2025/08/15 Planilla N°1074902621- correspondiente al mes de JULIO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JULIO); 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 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 continuación:

| 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/ estorbados 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 (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 | | PENSIÓN | | RIESGOS PROFESIONALES | |
|---------|-------------|---------------|-----------|---------|---------------|---------|-----------------------|--------|
| | | | Entidad | Valor | Entidad | Valor | Entidad | Valor |
| SIMPLE | 1074902621 | 15/08/2025 | NUEVA EPS | 367.300 | COLPENSIO NES | 470.100 | SURA | 71.600 |

| | | | | |
|---|---|---------|---|----|
| FORMATO | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CODIGO: | VERSIÓN | 10 |
| | | Página: | 2 DE 2 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Capitán Laura Juliana Linares Laverde (E) | | FIRMA |  | |
| NÚMERO DE CEDULA: | 1.020.733.516 de Bogotá | | | |
| CELULAR : | CORREO: urgencias@homil.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 | |