


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISION Y/O TRAMITE A PAGO						CODIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05						
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISION: 30-05-2024						
		MANUAL: CONTRATACION						VERSION: 10						
		PROCESO: GESTION DE ADQUISICIONES						SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI						
		PAGINA 1 DE 2												
Fecha:	01 SEPTIEMBRE DE 2025	<u>INFORME DE SUPERVISOR</u>		<u>TRAMITE PARA PAGO</u>		X	MES DE PRESTACION DE	<u>AGOSTO DE 2025</u>						
No. de Contrato:	SP-SSAA-0305-2025			<u>VALOR</u>		21.485.200								
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SP-GECO-0207-2025													
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA													
Nombre de Contratista	INGRID MARCELA DELGADO ROMERO			<u>NIT/CC</u>		52.843.114								
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			<u>Modalidad de Contratación</u>		<u>CONTRATACION DIRECTA</u>								
Cuenta Bancaria No.	0550-4884-3060-5607	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	ALMAC EN AL QUE INGRES	VALOR OBLIGACION			
VIGENCIA AÑO 2025	111225	12/02/2025			142525	14/02/2025	AGOSTO 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	21.485.200					16.469.200	\$ 5.016.000,00							
TOTAL CONTRATO	\$ 21.485.200,00	\$ -		\$ -		\$ 16.469.200,00	\$ 5.016.000,00							
Nombre del Supervisor :Capitán Laura Juliana Linares Laverde (E)						Fecha de notificación:17/02/2025								
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		13 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 2025/07/25 y riesgos profesionales 2025/07/25 Planilla N°8388225177- 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 detallada el cuadro relacionado 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/ existencias almacen)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACION	FECHA DE INSTALACION	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														
INFORMACIÓN GENERAL														
Entidad	N° Planilla		Fecha de pago		<u>SALUD</u>		<u>PENSIÓN</u>		<u>RIESGOS PROFESIONALES</u>					
					Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor				

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSION	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	N° FOLIOS	
Informe de Actividades con sus soportes		x	1	
Acta de supervisión y/o Factura		x	1	
Pago de Seguridad Social		x	1	