
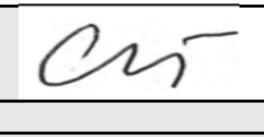


| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---------------------------------------|--|------------------------------|--|---|----------------------------|----------------------------------|----------------------|----------------|-------------|---------------|
| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | | FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO | | | | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FY-05 | | | | | | | | |
|  | | UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS | | | | FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024 | | | | | | | | |
| | | MANUAL: CONTRATACION | | | | VERSIÓN: 10 | | | | | | | | |
| | | PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES | | | | PAGINA 1 DE 1 | | | | | | | | |
| SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha: | 15/08/2025 | INFORME DE SUPERVISOR | X | TRAMITE PARA PAGO | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | AGOSTO | | | | | | | | |
| No. de Contrato: | SP-SUMD-1211-2024 | | | VALOR: | \$73.460.000 | | | | | | | | | |
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual | SP-SECO-0541-2024 | | | | | | | | | | | | | |
| Objeto | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIONES DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de Contratista | STEFFANNY DANIELA GARZON HERNANDEZ | | | NIT/ CC | 1022416887 | | | | | | | | | |
| Clase de Contrato | CONTRATACION DIRECTA | | | Modalidad de Contratación | PRESTACION DE SERVICIOS | | | | | | | | | |
| Cuenta Bancaria No. | 62767490068 | Banco: | BANCOLOMBIA | 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 (CDP) No. | FECHA | DINAMICA No. | FECHA | Registro Presupuestal (RP) No. | FECHA CRP | No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO | | | | | | | |
| VIGENCIA AÑO (Ej:2025) | 96725 | 10/1/2025 | 967 | 10/01/25 | 91125 | 10/1/2025 | AGOSTO | | | | | | | |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | \$7.346.000 | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | |
| 2024 | \$244.867 | | | \$244.867 | | | | | | | | | | |
| 2025 | \$73.215.133 | \$ | - | \$ 58.523.133,00 | \$ 14.692.000,00 | | | | | | | | | |
| TOTAL CONTRATO | \$ 73.460.000,00 | \$ | - | \$ 58.768.000,00 | \$ 14.692.000,00 | | | | | | | | | |
| Nombre del Supervisor: | CP. CARLOS FELIPE MORALES | | | Fecha de notificación: 1/01/2025 | | | | | | | | | | |
| Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | | | FECHA DE TERMINACION | | | | | | | | | | |
| | 31/12/2024 | | | 31/10/2025 | | | | | | | | | | |
| Vigencia del Contrato: | El presente Contrato de Prestación de Servicios tendrá una vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más. | | | | | | | | | | | | | |
| Prorrogas: | En tiempo | | | | | | | | | | | | | |
| | 1- | | | | | | | | | | | | | |
| | 2- | | | | | | | | | | | | | |
| | 3- | | | | | | | | | | | | | |
| NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/06/19 y riesgos profesionales 2025/08/11 Planilla N° 7979911811 - 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 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/ existencias 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 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 | SALUD | | PENSION | | RIESGOS PROFESIONALES | | | | | | | |
| SOI PLANILLA | 7979911811 | 11/08/2025 | Entidad | Valor | Entidad | Valor | Entidad | Valor | Entidad | Valor | | | | |
| | | | ALJANSALUD | \$367.300 | COLPENSI ONES | \$470.200 | ARL COLMENA | \$71.600 | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: CP. CARLOS FELIPE MORALES - GRUPO DE HOSPITALIZACION. | | | FIRMA  | | | | | | | | | | | |
| NÚMERO DE CEDULA: | | 1.130.616.017 | | | | | | | | | | | | |
| CELULAR: 3138825070 | | CORREO: | | | | | | | | | | | | |
| DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME: | | | | | | | | | | | | | | |
| DOCUMENTOS | | | | | | | | SI | N° FOLIOS | | | | | |
| Informe de Actividades con sus soportes | | | | | | | | X | | | | | | |
| Acta de supervisión y/o Factura | | | | | | | | | | | | | | |
| Pago de Seguridad Social | | | | | | | | X | 1 | | | | | |