


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					PAGINA 1 DE 2							
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI														
Fecha:	22 SEPTIEMBRE DE 2025	INFORME DE SUPERVISOR			TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	SEPTIEMBRE DE 2025				
No. de Contrato:	SP-SSAA-1410-2024			VALOR		73.460.000								
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-SECO-0590-2024													
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS													
Nombre de Contratista	PABLO LEONARDO BENAVIDES MARIN				NIT/CC		1030613480							
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación		CONTRATACION DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.	488-430-990-959	Banco:	Davivienda		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)	66225	10/01/2025	662	10/01/2025	60925	10/01/2025	SEPTIEMBRE 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 2024	244.867			\$ 244.867,00	\$ -									
VIGENCIA AÑO 2025	73.215.133			\$ 65.869.133,00	\$ 7.346.000,00									
TOTAL CONTRATO	\$ 73.460.000,00	\$ -	\$ -	\$ 66.114.000,00	\$ 7.346.000,00									
Nombre del Supervisor :Subteniente Junior Esteban Ramirez Torres (E)					Fecha de notificación:31/12/2024									
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION									
			31 de Diciembre de 2024		31 de Octubre de 2025									
Vigencia del Contrato:			10 Meses											
Prorrogas:			En tiempo											
			1-											
			2-											
			3-											
<p>NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/09/19 y riesgos profesionales 2025/09/19 Planilla N°9489879900 - correspondiente al mes de AGOSTO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (AGOSTO); 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</p> <p>NOTA 2: Recuérdese 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 detalla da el cuadro reacionado 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)	CANTIDAD	NUMERO 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		Nº Planilla	Fecha de pago	INFORMACIÓN GENERAL		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES						
				Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor					
APORTES EN LINEA		9489879900	2025/09/19	SANTAS	367.600	COLPENSIONES	470.200	COLMENA	71.700					

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Subteniente Junior Esteban Ramirez Torres (E)

FIRMA



NÚMERO DE CEDULA: 1052402679 de Duitama

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