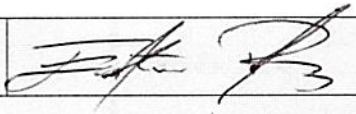


HOSPITAL MILITAR CENTRAL 		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05							
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024							
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10							
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					PAGINA 1 DE 2							
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI												
Fecha:	19 SEPTIEMBRE DE 2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	SEPTIEMBRE DE 2025							
No. de Contrato:	SP-SSAA-0288-2025			VALOR	63.910.200									
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0199-2025													
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS													
Nombre de Contratista	ANA MARIA VALENTIERRA MARTINEZ			NIT/ CC	1026596840									
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA									
Cuenta Bancaria No.	66-704-766-786	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	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	7/02/2025			138125	11/02/2025	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 2025	63.910.200	0		0		56.564.200		7.346.000						
TOTAL CONTRATO \$ 63.910.200,00 \$ - \$ - \$ 56.564.200,00 \$ 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							
		11 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 2025/09/11 y riesgos profesionales 2025/09/11- Planilla N°89303276- 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														
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/ excluidos del almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo al 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		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES						
SIMPLE	89303276	11/09/2025		Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor					
				SANTAS	367.300	COLPENSI- NES	470.200	Vida Colpatria	71.600					

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10												
		Página:	2 DE 2													
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:																
<table><thead><tr><th>DOCUMENTOS</th><th>SI</th><th>Nº FOLIOS</th></tr></thead><tbody><tr><td>Informe de Actividades con sus soportes</td><td>X</td><td>1</td></tr><tr><td>Acta de supervisión y/o Factura</td><td>X</td><td>1</td></tr><tr><td>Pago de Seguridad Social</td><td>X</td><td>1</td></tr></tbody></table>					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
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														