


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			SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	
PAGINA 1 DE 2						

Fecha:	19 SEPTIEMBRE DE 2025	<b>INFORME DE SUPERVISOR</b>		<b>TRAMITE PARA PAGO</b>	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	SEPTIEMBRE DE 2025
--------	-----------------------	------------------------------	--	--------------------------	---	--	--------------------

No. de Contrato:	SP-SSAA-0370-2025	VALOR	47.993.850
------------------	-------------------	-------	------------

Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0267-2025
--	-------------------

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

Nombre de Contratista	NICOLAS CAICEDO BERNAL	NIT/ CC	1010052498
-----------------------	------------------------	---------	------------

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

Cuenta Bancaria No.	488-403-472-159	Banco:	Davienda	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	14/04/2025			179825	15/04/2025	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	47.993.850	0	0	40.647.850	7.346.000
TOTAL CONTRATO	\$ 47.993.850,00	\$ -	\$ -	\$ 40.647.850,00	\$ 7.346.000,00

Nombre del Supervisor :Subteniente Junior Esteban Ramirez Torres ( E )	Fecha de notificación:21/04/2025
--	----------------------------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	15 de Abril de 2025	31 de Octubre de 2025

Vigencia del Contrato:	07 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°9491399650- correspondiente al mes de AGOSTO en mi condición de supervisor del contrato, certifique 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 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/ existencia 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

INFORMACION GENERAL									
Entidad	Nº Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES		
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	
SIMPLE	9491399650	11/09/2025	SANITAS	367.300	COLPENSIONES	470.200	Vida Colocatria	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:				
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	