
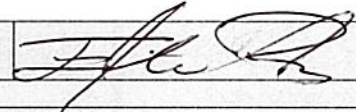


| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|-----------------------------------|----------------------------------|--|---|--|---|-----------------------------|----------------------------------|----------------------|----------------|-------------|---------------|
|  | | HOSPITAL MILITAR CENTRAL FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS MANUAL: CONTRATACION PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI | | | | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05 FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024 VERSIÓN: 10 PAGINA 1 DE 2 | | | | | | | | |
| 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-0270-2025 | | VALOR | 17.400.000 | | | | | | | | | | |
| Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual | SP-GECO-0192-2025 | | | | | | | | | | | | | |
| Objeto | PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de Contratista | DIANA MILENA ABELLO RANGEL | | NIT/ CC | 38290492 | | | | | | | | | | |
| Clase de Contrato | PRESTACION DE SERVICIOS | | Modalidad de Contratación | CONTRATACION DIRECTA | | | | | | | | | | |
| Cuenta Bancaria No. | 223-641-114-81 | 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 | FECHA | DINAMIC A No. | FECHA | Registro Presupuestal (RP) No. | FECHA CRP | No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO | FECHA FACTURA | ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE | ALMACEN AL QUE INGRESA | VALOR OBLIGACIÓN | | | |
| VIGENCIA AÑO 2025 | 132925 | | 1342 | 8/02/2025 | 137225 | 11/02/2025 | SEPTIEMBRE DE 2025 | | | | 2.000.000 | | | |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | 2000000 | | | |
| VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (DOS MILLONES DE 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 | 17.400.000 | | | | | 15.266.667 | 2.133.333 | | | | | | | |
| TOTAL CONTRATO | \$ 17.400.000,00 | \$ | - | \$ | - | \$ 15.266.667,00 | \$ 2.133.333,00 | | | | | | | |
| Nombre del Supervisor :Subteniente Junior Esteban Ramirez Torres (E) | | | | Fecha de notificación:17/02/2025 | | | | | | | | | | |
| Plazo de ejecución | | FECHA DE INICIO | | | | FECHA DE TERMINACION | | | | | | | | |
| | | 11 de Febrero de 2025 | | | | 31 de Octubre de 2025 | | | | | | | | |
| Vigencia del Contrato: | | En tiempo 09 Meses | | | | | | | | | | | | |
| Prorrogas: | | 2- 3- | | | | | | | | | | | | |
| NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/09/19 y riesgos profesionales 2025/09/19 Planilla N°8637791230- 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 realcionado 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 almacen) | 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 :LA COLABORADORA SOLICITA MEDIANTE ACTA AL SUPERVISOR DEL CONTRATO LE SEA DESCONTADO ECONOMICAMENTE DOS DIAS POR INCAPACIDAD MEDICA. | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |

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 |