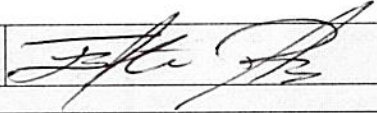


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05									
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024									
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10									
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					PÁGINA 1 DE 2									
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI																
Fecha:	20 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-0271-2025			VALOR		17.400.000										
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0192-2025															
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA ADMINISTRATIVO PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS															
Nombre de Contratista	MARÍA DEL CARMEN VALIENTE RICARDO				NIT/ CC		40979202									
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación		CONTRATACION DIRECTA									
Cuenta Bancaria No.	0074-093-881	Banco:	BBVA		Tipo de Cuentas	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	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACION					
VIGENCIA AÑO 2025	132925	8/02/2024			137325	11/02/2024	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						15.400.000	2.000.000								
TOTAL CONTRATO												\$ 17.400.000,00	\$ -	\$ -	\$ 15.400.000,00	\$ 2.000.000,00
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:		09 Meses														
Prorrogas:		En tiempo														
		1-														
		2-														
		3-														
<p>NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/09/08 y riesgos profesionales 2025/09/08 Planilla N°1075481358- 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: 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.</p> <p>NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detallada el cuadro relacionado a continuación:</p>																
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 caviillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se esta 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	Nº Planilla	Fecha de pago		SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES								
				Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor			

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	N° FOLIOS	
Informe de Actividades con sus soportes		X	1	
Acta de supervisión y/o Factura		X	1	
Pago de Seguridad Social		X	1	