


| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|------------------------------|--|
| 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: | 19 SEPTIEMBRE DE 2025 | INFORME DE SUPERVISOR | TRAMITE PARA PAGO | X | MES DE PRESTACION DE | SEPTIEMBRE DE 2025 |
|--------|-----------------------|------------------------------|--------------------------|---|----------------------|--------------------|

| | | | |
|------------------|-------------------|--------|------------|
| No. de Contrato: | SP-SSAA-0286-2025 | VALOR: | 21.819.600 |
|------------------|-------------------|--------|------------|

| | |
|--------------------------------------|-------------------|
| Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda | SP-GECO-0197-2025 |
|--------------------------------------|-------------------|

| | |
|--------|--|
| Objeto | PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA |
|--------|--|

| | | | |
|-----------------------|------------------------------|---------|------------|
| Nombre de Contratista | DANIEL ALEJANDRO CRUZ GUZMAN | NIT/ CC | 1073252336 |
|-----------------------|------------------------------|---------|------------|

| | | | |
|-------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------|
| Clase de Contrato | PRESTACION DE SERVICIOS | Modalidad de Contratación | CONTRATACION DIRECTA |
|-------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------|

| | | | | | | | |
|---------------------|---------------|--------|-----------|-----------------|---------|---|-----------|
| Cuenta Bancaria No. | 4-292-012-211 | Banco: | Colpatria | 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 | FECHA FACTURA | ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE | ALMACÉN AL QUE INGRES | VALOR OBLIGACIÓN |
|---|--|-----------|---------------|-------|--------------------------------|------------|---------------------------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------|------------------|
| | Certificado de Disponibilidad Presupuestal | FECHA | DINAMI CA No. | FECHA | Registro Presupuestal (RP) No. | FECHA CRP | | | | | |
| VIGENCIA AÑO 2025 | 111225 | 9/02/2025 | | | 137925 | 11/02/2025 | SEPTIEMBRE DE 2025 | | | | 2.508.000 |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | 2508000 |
| VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (DOS MILLONES QUINIENTOS OCHO 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 | 21.819.600 | | | 19.311.600 | \$ 2.508.000,00 |
| TOTAL CONTRATO | \$ 21.819.600,00 | \$ - | \$ - | \$ 19.311.600,00 | \$ 2.508.000,00 |

| | |
|---|----------------------------------|
| Nombre del Supervisor : Subteniente Junior Esteban Ramirez Torres (E) | Fecha de notificación:17/02/2025 |
|---|----------------------------------|

| | | |
|--------------------|-----------------|----------------------|
| Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
|--------------------|-----------------|----------------------|

| | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| | 10 de Febrero de 2025 | 31 de Octubre de 2025 |
|--|-----------------------|-----------------------|

| | | |
|------------------------|-----------|----------|
| Vigencia del Contrato: | En tiempo | 09 Meses |
|------------------------|-----------|----------|

| | | | |
|------------|----|----|----|
| Prorrogas: | 1- | 2- | 3- |
|------------|----|----|----|

NOTA 1: Verifico pago de paratiscuales EPS y Pension 2025/09/05 y riesgos profesionales 2025/09/05 Planilla N°89302105 – correspondiente al mes de AGOSTO en mi condicion 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 continuacion:

| REPUESTO | EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO | MARCA | NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO | PLACA DEL EQUIPO | NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACÉN | 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 (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 anexas el siguiente cuadro

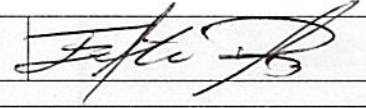
INFORMACIÓN GENERAL

| Entidad | Nº Planilla | Fecha de pago | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS PROFESIONALES | |
|---------|-------------|---------------|---------|-------|---------|-------|-----------------------|-------|
| | | | 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 (E): Subteniente Junior Esteban Ramirez Torres

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 |