
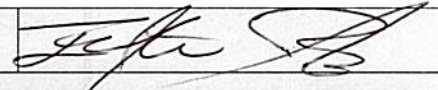


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FI-05							
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024							
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10							
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					PAGINA 1 DE 2							
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI														
Fecha:	22 SEPTIEMBRE DE 2025	INFORME DE SUPERVISOR			TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE		SEPTIEMBRE DE 2025			
No. de Contrato:	SP-SSAA-0305-2025			VALOR		21.485.200								
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0207-2025													
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA													
Nombre de Contratista	INGRID MARCELA DELGADO ROMERO				NIT/ CC		52.843.114							
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación		CONTRATACION DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.	0550-4884-3060-5607	Banco:	Davivienda		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	DINAMI CA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE	ALMACEN AL QUE INGRES	VALOR OBLIGACIÓN			
VIGENCIA AÑO 2025	111225	12/02/2025			142525	14/02/2025	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	21.485.200					18.977.200	\$ 2.508.000,00							
TOTAL CONTRATO	\$ 21.485.200,00	\$ -		\$ -		\$ 18.977.200,00	\$ 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								
		13 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 Pension 2025/08/25 y riesgos profesionales 2025/08/25 Planilla N°8388987320 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 SATISEACCION</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/ estropeado/almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
<p>NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión</p>														
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			
					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