

Fecha: 30 SEPTIEMBRE DE 2025  
**INFORME DE SUPERVISOR**  
**TRAMITE PARA PAGO**  
 X  
 MES DE PRESTACION DE SERVICIO: SEPTIEMBRE DE 2025

No. de Contrato: SP-SSAA-0323-2025  
 VALOR: 20.983.600

Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual: SP-GECO-0222-2025

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

Nombre de Contratista: JESUS ESTEBAN BERMEDEZ SANCHEZ  
 NIT/ CC: 1.023.001.619

Clase de Contrato: PRESTACION DE SERVICIOS  
 Modalidad de Contratación: CONTRATACION DIRECTA

Cuenta Bancaria No.: 488-418751-480  
 Banco: Davivienda  
 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 FACTUR A	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE	ALMACEN AL QUE INGRES	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal	FECHA	DINAMI CA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO 2025	111225	19/02/2025			147325	20/02/2025	SEPTIEMBRE DE 2025				2.508.000
<b>VALOR AUTORIZADO PARA PAGO</b>											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	20.983.600			18.224.800	\$ 2.758.800,00
<b>TOTAL CONTRATO</b>	<b>\$ 20.983.600,00</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ 18.224.800,00</b>	<b>\$ 2.758.800,00</b>

Nombre del Supervisor :Subteniente Junior Esteban Ramirez Torres ( E )  
 Fecha de notificación:20/02/2025

Plazo de ejecución: **FECHA DE INICIO** 20 de Febrero de 2025 **FECHA DE TERMINACION** 31 de Octubre de 2025

Vigencia del Contrato: 09 Meses

Prorrogas:  
 En tiempo  
 1-  
 2-  
 3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pension 2025/09/03 y riesgos profesionales 2025/09/03 Planilla N°89182383 y 89272978 – 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 detallada el cuadro reacionado 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 (Contables/ salencias almacia)	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
------------------------	-------	-------	-----------------------------------	---------------------------------------	------------------------	-----------------------------	----------------------------	---------------

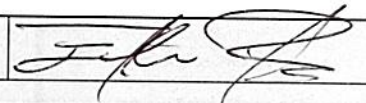
OBSERVACIONES :

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

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