

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: 19-05-2024							
		MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10							
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES													
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI						PAGINA 1 DE 2							
Fecha:	01/10/2025	INFORME DE SUPERVISOR			TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		SEPTIEMBRE				
No. de Contrato:	SP-SSAA-0319-2025				VALOR		\$0								
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0219-2025														
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PREPARADOR DE MORGUE PARA EL SERVICIO DE PATOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA EL SERVICIO DE PATOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL														
Nombre de Contratista	JEFFERSON JAIR FONSECA ORTIZ				NIT / CC		1233508693								
Clase de Contrato	Prestacion de servicios				Modalidad de Contratación		Contratacion directa								
Cuenta Bancaria No.	478900059203		Banco:	DAVIVENDA			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 SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN				
	Certificado de Disponibilidad Presupuesta I (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP									
	VIGENCIA AÑO 2025	116125	02/20/2025	611	1/10/2025	147225						02/20/2025			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$2.250.000				
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: OCHOCIENTOS VEINTICICO MIL PESOS C/TE															
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)			REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)			VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)				
VIGENCIA AÑO 2025	\$18.825.000								\$11.475.000		\$7.350.000				
TOTAL CONTRATO	\$18.825.000		\$0			\$0			\$11.475.000		\$7.350.000				
Nombre del Supervisor Julian Andres Barrero Plaza														Fecha de notificación: 31-12-2024	
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO						FECHA DE TERMINACION						
			20/2/2025						31/10/2025						
Vigencia del Contrato:			vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.												
Prorrogas:			En tiempo												
			1-												
			2-												
			3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/09/30 y riesgos profesionales 2025/09/30 Planilla N° 89668813– correspondiente al mes de SEPTIEMBRE en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (SEPTIEMBRE); 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	MARCA	NUMERO DE SERIE DEL	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA AL	FECHA DE INGRESO	NUMERO DE PARTE /SI	ESTADO /(Instalado/	CANTIDAD	NUMERO DE REPORTE DE	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	ÁREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO			No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO			FECHA DE MANTENIMIENTO		FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA DEL	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 \$ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.															
INFORMACIÓN GENERAL															
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES								
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor							
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO										CODIGO:		VERSIÓN	10	
											Página:		2 DE 2		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Julian Andres Barreto Plaza															
NÚMERO DE CEDULA:		1083870504													
CELULAR : 3164348402								CORREO: jbarreto@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					