

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: 20-08-2025	
	MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10	
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES						
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI					PAGINA 1 DE 2	

Fecha:	20/08/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	AGOSTO
--------	------------	-----------------------	--	-------------------	---	--	--------

No. de Contrato:	SP-SMUMD-0412-2025			VALOR	34.281.300,00		
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda	SP-GECO-0305-2025						
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	RAMIREZ BUCHHEIM DANIELA PAOLA			NIT/ CC	1020844998		
Clase de Contrato	Prestación de servicios			Modalidad de Contratación	Contratación directa.		
Cuenta Bancaria No.	547789284	Banco:	AV VILLAS		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 Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
2025	223225	6/11/2025			179625	6/11/2025	AGOSTO				\$ 7.346.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$	7.346.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Siete millones trescientos cuarenta y seis mil pesos

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2025	34.281.300,00			19.589.300,00	14.692.000,00
TOTAL CONTRATO	\$ 34.281.300,00	\$ -	\$ -	\$ 19.589.300,00	\$ 14.692.000,00

Nombre del Supervisor Carlos Felipe Morales								Fecha de notificación: 11 junio 2025						
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO						FECHA DE TERMINACION						
		6/11/2025						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 11/08/2025 y riesgos profesionales 11/08/2025 Planilla Nº 1073840961 – 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 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 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

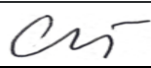
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

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 \$ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL								
Entidad	Nº Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
SIMPLE	1073840961	8/11/2025	SANITAS	367300	COLPENSI ONES	470200	SURA	71600
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO					CODIGO:		VERSIÓN
						Página:		2 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Carlos Felipe Morales	
---	---

NÚMERO DE CEDULA: 1130616017	
CELULAR : 350 896 4666	CORREO: cfmorales@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	
Acta de supervisión y/o Factura	X	
Pago de Seguridad Social	X	