

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						PAGINA 1 DE 2						
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI														
Fecha:	17 DE OCTUBRE	INFORME DE SUPERVISOR			TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE		OCTUBRE DE 2025			
No. de Contrato:	SP-SSAA-1253-2024				VALOR		73.460.000							
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-SECO-0547-2024													
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS													
Nombre de Contratista	SILVANA ARINDA ALVAREZ CUMPLIDO				NIT/ CC		52389082							
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación		CONTRATACION DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.	004-800-348-320		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 SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMIC A No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP								
VIGENCIA AÑO (2025)	927725	10/01/2025	927	10/01/2025	87125	10/01/2025	OCTUBRE DE 2025				7.346.000			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											7346000			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (SIETE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS 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 2024	244.867				0		244.867							
VIGENCIA AÑO 2025	73.215.133						\$ 71.990.800,00		\$ 1.224.333,00					
TOTAL CONTRATO														
\$ 73.460.000,00 \$ - \$ - \$ 72.235.667,00 \$ 1.224.333,00														
Nombre del Supervisor : Capitán Laura Juliana Linares Laverde (E)						Fecha de notificación: 31/12/2024								
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		31 de Diciembre de 2024				31 de Octubre de 2025								
Vigencia del Contrato:		10 MESES												
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/10/14 riesgos profesionales 2025/10/14 Planilla N° 90203922- correspondiente al mes de SEPTIMBRE 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 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 (Inservible/ 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 supervison														
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														
INFORMACION GENERAL														
Entidad	N° Planilla		Fecha de pago		SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES					
COMPENSAR	90203922		14/10/2025		Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor				
					NUEVA EPS S.A.	367.300	PROTECCIÓN	470.144	COLMENA	71.600				

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Capitán Laura Juliana Linares Laverde (E)

FIRMA



NÚMERO DE CEDULA: 1.020.733.516 de Bogotá

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