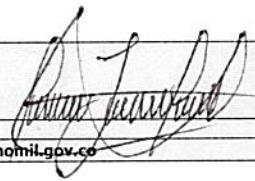


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05							
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024							
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10							
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					PAGINA 1 DE 2							
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI														
Fecha:	17 OCTUBRE DE 2025		INFORME DE SUPERVISOR				TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		OCTUBRE DE 2025			
No. de Contrato:	SP-SSAA-1254-2024						VALOR		73.460.000					
Nº 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	NICOLAS CALVO SERNA						NIT/ CC		1015468250					
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS						Modalidad de Contratación		CONTRATACION DIRECTA					
Cuenta Bancaria No.	706-215-38191		Banco:		Bancolombia		Tipo de Cuenta: s		Ahorro 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								
VIGENCIA AÑO (2025)	92525	10/01/2025	925	10/01/2025	86925	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						244.867		0					
VIGENCIA AÑO 2025	73.215.133						\$ 73.215.133,00		\$					
TOTAL CONTRATO	\$ 73.460.000,00		\$ -		\$ -		\$ 73.460.000,00		\$					
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 2025/10/09 y riesgos profesionales 2025/10/09 Planilla N°90210048- 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 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	OBSERVACIONE
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se esta 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	OBSERVACIONE			
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	Nº Planilla	Fecha de pago		SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES						
COMPENSAR	90210048	9/10/2025	Entida	Valor	Entida	Valor	Entidad	Valor						
			SALUD TOTAL	343.300	COLPENSACIONES	439.500	Colmena	67.000						

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Capitán Laura Juliana Linares Laverde (E)		FIRMA		
NÚMERO DE CEDULA: 1.020.733.516 de Bogotá		CORREO: urgencias@homil.gov.co		
CELULAR :				
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	