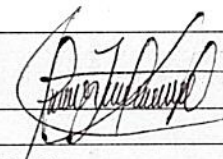


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05									
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024									
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10									
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					PAGINA 1 DE 2									
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI																
Fecha:	17 OCTUBRE DE 2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	OCTUBRE DE 2025									
No. de Contrato:	SP-SSAA-0239-2025			VALOR	65.624.250											
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0177-2025															
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS															
Nombre de Contratista	YEIMMY VANESSA GALVIS GALINDO			NIT/ CC	1192798555											
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA											
Cuenta Bancaria No.	0157-005-595	Banco:	BBVA		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	ALMACÉN 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)	133925	3/02/2025	376	3/02/2025	133925	4/02/2025	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 2025	65.624.250		0		0		65.624.250		0							
TOTAL CONTRATO												\$ 65.624.250	\$ -	\$ -	\$ 65.624.250,00	\$ -
Nombre del Supervisor : Capitán Laura Juliana Linares Laverde (E)							Fecha de notificación:31/12/2024									
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION										
		3 de Febrero de 2025				31 de Octubre de 2025										
Vigencia del Contrato:		09 MESES														
Prorrogas:		En tiempo														
		1-														
		2-														
		3-														
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/10/13 y riesgos profesionales 202510/13 Planilla N°1076402113 - 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 detallada 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 almacen)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACION	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES		
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo al 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	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									
SIMPLE	1076402113	13/10/2025	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor								
			NUEVA EPS	367.300	COUPENSTO NES	470.100	SURA	71.600								

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			
CELULAR :	CORREO: urgencias@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	