

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-0240-2025				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	SOFIA DE LOS ANGELES ACOSTA RIVAS				NIT/ CC		1005339593								
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación		CONTRATACION DIRECTA								
Cuenta Bancaria No.	64-059-573-304		Banco:	Bancolombia		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	130825	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		\$ 65.624.205,00		\$ -						
TOTAL CONTRATO												\$ 65.624.250	\$ -	\$ 65.624.205,00	\$ -
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 2025/10/15 y riesgos profesionales 2025/10/15 Planilla N°7987714543 - 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 reacionado 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 (Entalado/ 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 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	7987714543		15/10/2025		Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor					
					SANITAS	367.300	COLPENSI- NES	470.100	Colmena	71.600					

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	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	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1