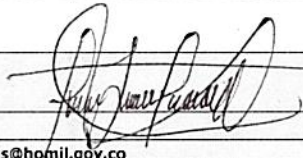


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05								
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS				FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024								
		MANUAL: CONTRATACION				VERSIÓN: 10								
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES				PAGINA 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 INFORME	OCTUBRE DE 2025							
No. de Contrato:	SP-SSAA-0307-2025			VALOR	17.133.300									
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0209-2025													
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA													
Nombre de Contratista	ANDERSON ESNEIDER JAIMES			NIT/ CC	1.027.521.449									
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA									
Cuenta Bancaria No.	437-459-373	Banco:	BOGOTA	Tipo de Cuenta:	Ahorro s	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	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal	FECHA	DINAMIC A No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP								
VIGENCIA AÑO 2025	132925	12/02/2025			142725	14/02/2025	OCTUBRE DE 2025				2.000.000			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											2000000			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (DOS MILLONES DE 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	17.133.300						17.133.330		0					
TOTAL CONTRATO \$ 17.133.300,00 \$ - \$ - \$ 17.133.330,00 \$ -														
Nombre del Supervisor : Capitán Laura Juliana Linares Laverde (E)							Fecha de notificación:17/02/2025							
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		14 de Febrero de 2025				31 de Octubre de 2025								
Vigencia del Contrato:		09 Meses												
Prorrogas:		En tiempo												
		2-												
		3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/10/15 y riesgos profesionales 2025/10/15 Planilla N° 9492304029 – 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 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	Nº Planilla	Fecha de pago		SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES						
				Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor					

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:																
<table><thead><tr><th>DOCUMENTOS</th><th>SI</th><th>Nº FOLIOS</th></tr></thead><tbody><tr><td>Informe de Actividades con sus soportes</td><td>X</td><td>1</td></tr><tr><td>Acta de supervisión y/o Factura</td><td>X</td><td>1</td></tr><tr><td>Pago de Seguridad Social</td><td>X</td><td>1</td></tr></tbody></table>					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
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														