

HOSPITAL MILITAR CENTRAL				FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05																					
HOSPITAL MILITAR CENTRAL				UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS				FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024																					
				MANUAL: CONTRATACION				VERSIÓN: 10																					
				PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES				PAGINA 1 DE 2																					
				SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI																									
Fecha:		22/9/2025		INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		SEPTIEMBRE																	
No. de Contrato:		SP-SUMD-1397-2024				VALOR		32.950.000,00																					
N° de Proceso en el SECOP II / Tienda		SP-SECO-0580-2024																											
Objeto		PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TECNÓLOGO EN RADIOTERAPIA PARA EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL																											
Nombre de Contratista		VALERY NICOL RODRIGUEZ HERNANDEZ				NIT/ CC		1001270370																					
Clase de Contrato		Prestación de servicios				Modalidad de Contratación		Contratación directa.																					
Cuenta Bancaria No.		00550488411316018		Banco:		DAVIVIENDA		Tipo de Cuenta:		Ahorros		X																	
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																	
2025		66925		10/1/2025		669		10/1/2025		61625		10/1/2025		SEPTIEMBRE															
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO																		\$ 3.295.000,00											
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TRES MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CINTO 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)													
2024		109.833,00												109.833,00		-													
2025		32.840.167,00												29.545.167,00		3.295.000,00													
TOTAL CONTRATO		\$ 32.950.000,00				\$ -				\$ -				\$ 29.655.000,00		\$ 3.295.000,00													
Nombre del Supervisor JOHANA PAOLA CARRANZA										Fecha de notificación: 12 SEPTIEMBRE DE 2025																			
Plazo de ejecución				FECHA DE INICIO						FECHA DE TERMINACION																			
				31/12/2024						31/10/2025																			
Vigencia del Contrato:				vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.																									
Prorrogas:				En tiempo																									
				1-																									
				2-																									
				3-																									
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales 2025/09/01 Planilla N° 89444183 correspondiente al mes de (Agosto) en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (Agosto); 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 continuación:																													
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		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 \$ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.																													
INFORMACIÓN GENERAL																													
Entidad		N° 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: JOHANA PAOLA CARRANZA																													
NÚMERO DE CEDULA: 52243297																													
CELULAR : 3208505911																													
CORREO: jcarranza@homil.gov.co																													
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:																													
DOCUMENTOS																													
Informe de Actividades con sus soportes																													
Acta de supervisión y/o Factura																													
Pago de Seguridad Social																													
SI																													
X																													
N° FOLIOS																													
1																													
X																													
1																													