

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FI-05						
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS							FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024					
		MANUAL: CONTRATACIÓN							VERSIÓN: 10					
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES												
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI							PAGINA 1 DE 2					
Fecha:	17/10/2025	INFORME DE SUPERVISOR			TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	OCTUBRE						
No. de Contrato:	SP-SSAA-0319-2025				VALOR		\$18.825.000							
Nº de Proceso en el SECOPI II /Tienda virtual	SP-GECO-0219-2025													
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PREPARADOR DE MUESTRAS PARA EL SERVICIO DE PATOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA EL SERVICIO DE PATOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	JEFFERSON JAIR FONSECA ORTIZ				NIT/ CC		1233508693							
Clase de Contrato	Prestación de servicios				Modalidad de Contratación		Contratación directa							
Cuenta Bancaria No.	478900059203		Banco:	DAVENDA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente					
Garantía Cumplimiento (Si aplica):		Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):										
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGresa	VALOR OBLIGACIÓN			
VIGENCIA AÑO 2025	116125	02/20/2025	611	1/10/2025	147225	02/20/2025	OCTUBRE				\$2.250.000			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$2.250.000			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA 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	\$18.825.000								\$13.725.000		\$5.100.000			
TOTAL CONTRATO	\$18.825.000		\$0			\$0			\$13.725.000		\$5.100.000			
Nombre del Supervisor Julian Andres Barrero Plaza						Fecha de notificación: 31-12-2024								
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACION								
			20/2/2025			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 2025/10/31 y riesgos profesionales 2025/10/31 Planilla N° 90510071- correspondiente al mes de OCTUBRE en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (OCTUBRE); 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 relacionado a continuación:														
REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE	MARCA	NUMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA AL EQUIPO	FECHA DE INGRESO	NUMERO DE PARTE (SI)	ESTADO (Instalado/	CANTIDAD	NUMERO DE REPORTE DE	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	FECHA DE SALIDA DEL	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.														
Entidad		Nº Planilla		Fecha de pago		INFORMACION GENERAL		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES				
						SALUD		Valor		Valor		Entidad		Valor
FORMATO		INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO								CÓDIGO:		VERSIÓN		10
										Página:				2 DE 2
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Julian Andres Barreto Plaza														
NUMERO DE CEDULA:		1083870504												
CELULAR : 3164348402							CORREO: jbarreto@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				

