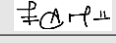
		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05						
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024						
		MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10						
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES						PAGINA 1 DE 2						
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI														
Fecha:	24/11/2025	INFORME DE SUPERVISOR			TRAMITE PARA PAGO		X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		NOVIEMBRE 2025				
No. de Contrato:	SP-DIGE-0160-2025			VALOR		23.200.000								
N° de Proceso en el SECOPI II /Tienda virtual	SP-SECO-0134-2025													
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL AREA DE ATENCION AL USUARIO DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	JOSE GERARDO GÓMEZ VÁSQUEZ				NIT/ CC		80.008.087							
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación		CONTRATACIÓN DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.	550488410588799	Banco:	Davivienda		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	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP								
VIGENCIA AÑO 2025	115525	22/1/2025	1155	22/1/2025	119125	22/1/2025	NOVIEMBRE 2025				\$ 2.000.000,00			
			-	-										
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 2.000.000,00			
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	\$ 23.200.000,00	\$ -		\$ -		\$ 21.200.000,00		\$ 2.000.000,00						
TOTAL CONTRATO	\$ 23.200.000,00	\$ -		\$ -		\$ 21.200.000,00		\$ 2.000.000,00						
Nombre del Supervisor: Luisa Fernanda Acero Muñoz						Fecha de notificación: 14/11/2025								
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		13 de Enero del 2025				31 de Diciembre del 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 2025/11/13 y riesgos profesionales 2025/11/13 Planilla N° 9494145484 – correspondiente al mes de Octubre del 2025 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 - Se adjunta informe por pqr actctudinal.														
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 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 \$ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.														
INFORMACIÓN GENERAL														

Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
Aportes en Línea	9494145484	13/11/2025	Compensar	\$ 178.000,00	Porvenir	\$ 227.800,00	Colmena	\$ 34.700,00
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO					CODIGO:	VERSIÓN	10
						Página:	2 DE 2	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Luisa Fernanda Acero Muñoz					FIRMA			
NÚMERO DE CEDULA:		1.022.381.861 de Bogotá			CORREO: lacero@homil.gov.co			
CELULAR : 3214462111								
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:								
DOCUMENTOS			SI	N° FOLIOS				
Informe de Actividades con sus soportes								
Acta de supervisión y/o Factura								
Pago de Seguridad Social								