


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: 19-05-2024	
		MANUAL: CONTRATACION				VERSIÓN: 10	
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES				SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	
						PAGINA 1 DE 2	

Fecha:	25 AGOSTO 2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	JUNIO 2025
--------	----------------	-----------------------	---	-------------------	---	--	------------

No. de Contrato:	SP-SUMD-0405-2025	VALOR	\$12.122.000,00
------------------	-------------------	-------	-----------------

N° de Proceso en el SECOPI II /Tienda virtual	SP-GECO-0167-2025
---	-------------------

Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA-HOSPITAL MILITAR CENTRAL
--------	--

Nombre de Contratista	PALOMINO YATE MARIA ALEJANDRA	NIT/CC	1022934469
-----------------------	-------------------------------	--------	------------

Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA
-------------------	-------------------------	---------------------------	----------------------

Cuenta Bancaria No.	0550488452358424	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	<input checked="" type="checkbox"/>	Corriente	<input type="checkbox"/>
---------------------	------------------	--------	------------	-----------------	---------	-------------------------------------	-----------	--------------------------

Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Asegurador a (Si aplica):	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):
------------------------------------	---------------------------	---

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RPI) No.	FECHA CRP					
AÑO 2025	117025	13/02/2025			218425	06/06/2025	JUNIO 2025				\$2.090.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	\$2.090.000,00
----------------------------	----------------

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES NOVENTA MIL PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2024	\$,00			\$,00	\$,00
AÑO 2025	\$12.122.000,00			\$2.090.000,00	\$10.032.000,00
TOTAL CONTRATO	\$12.122.000,00			\$2.090.000,00	\$10.032.000,00

OBSERVACIONES: Realizo prestación de servicio en el area conforme se encuentra en planilla de informacion de prestacion del servicio

Nombre del Supervisor SUBTENIENTE JUAN MANUEL HERRERA SEPULVEDA Fecha de notificación:06/06/2025

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION											
	06/06/2025		31/10/2025											
Vigencia del Contrato:	31/10/2025													
PRORROGAS	En tiempo													
	1-													
	2-													
	3-													
<p>NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales 79443178 Planilla 79443178- correspondiente al mes de MAYO En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (MAYO); 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.</p> <p>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.</p> <p>NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detallada el cuadro relacionado a continuación:</p>														
REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (instalado /existencia /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	SERIE	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA	FECHA DE CAPTA	FECHA DE	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES

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	
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO						CODIGO:	VERSIÓN	10
							Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:


María Nelcy Toro Quintero
 Servidor Misional en Sanidad Militar
 Servicio de Enfermería
 Supervisora Contrato
 52277745

NÚMERO DE CEDULA: 52277745

CELULAR: CORREO: mtoro@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	1	1
Acta de supervisión y/o Factura	1	1
Pago de Seguridad Social	1	1