


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:	20 AGOSTO 2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	AGOSTO 2025				
No. de Contrato:	SP-SUMD-0455-2025			VALOR	\$9.958.400,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0344-2025										
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL										
Nombre de Contratista	DIMAS GOMEZ JUAN DIEGO			NIT/CC	1010032282						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	33777226831	Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X				
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 (RP) No.	FECHA CRP					
AÑO 2025	210225	8/27/2025			299525	8/27/2025	AGOSTO 2025				\$622.400,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$622.400,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SEISCIENTOS VENTI DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2024	\$ ,00			\$ ,00	\$ ,00
AÑO 2025	\$9.958.400,00			\$622.400,00	\$9.336.000,00
TOTAL CONTRATO	\$9.958.400,00			\$622.400,00	\$9.336.000,00

OBSERVACIONES: En tramite de factura del mes vigente. Realizo prestacion de servicio en el area conforme se encuentra en planilla de informacion de prestacion del servicio .

Nombre del Supervisor JEFE MARIA NELCY TORO QUINTERO

Fecha de notificación: 27/08/2025

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION											
	03/02/2025		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 8637851216Planilla 8637851216- 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.</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 detalla da 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 / asistencia e almácen)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
<p>NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión</p>														
DESCRIPCIO N DEL	SERIE	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA	FECHA DE CADU	FECHA DE	OBSERVACL						
OBSERVACIONES														
<p>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.</p>														
<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>														
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			
<p>NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:</p> <p style="text-align: center;"><i>Maria Nelcy Toro</i>          CC 92.877.745          Jefe Jefe Jefe</p> <p style="text-align: center;">JEFE MARIA NELCY TORO QUINTERO          SERVIDOR MISIONAL EN SANIDAD MILIATR          SERVICIO DE ENFERMERIA          SUPERVISORA DEL CONTRATO          52.277.745</p>														
NÚMERO DE CEDULA:														
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