


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MH-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 OCTUBRE 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-0405-2025			VALOR	\$12.122.000,00						
N° de Proceso en el SECOP 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	X	Corriente				
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):								
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL										
	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	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
AÑO 2025	117025	6/06/2025			218425	06/06/2025	AGOSTO 2025				\$2.508.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$2.508.000,00	

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES QUINIENTOS OCHO 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			\$7.106.000,00	\$5.016.000,00
TOTAL CONTRATO	\$12.122.000,00			\$7.106.000,00	\$5.016.000,00

OBSERVACIONES: Realizo prestación 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:14/07/2025

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-			

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla – correspondiente al mes de JULIO  
 En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JULIO); 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.

**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 detallada 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	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia s 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

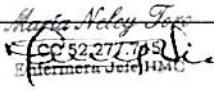
DESCRIPCIO N DEL	SERIE	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE OBSERVACI

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		FORMATO
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:**

  
**JEFE MARIA NELCY TORO QUINTERO**  
 SERVIDOR MISIONAL EN SANIDAD MILIATR  
 SERVICIO DE ENFERMERIA  
 SUPERVISORA DEL CONTRATO  
 52.277.745

**NÚMERO DE CEDULA:** 52.277.745

**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