

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					PAGINA 1 DE 2				
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI											
Fecha:	22 OCTUBRE 2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARAPAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	OCTUBRE 2025				
No. de Contrato:	SP-SUMD-0441-2025			VALOR	\$13.381.600,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0332-2025										
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	ZAPATA MALAGON JESSICA			NIT/CC	1030609311						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	0550488429261677	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 (RPI) 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	178025	6/13/2025			280425	8/5/2025	OCTUBRE 2025				\$4.668.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$4.668.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y 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	\$13.381.600,00			\$13.381.600,00	\$,00
TOTAL CONTRATO	\$13.381.600,00			\$13.381.600,00	\$,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: 05/08/2025

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION											
	05/08/2025		31/10/2025											
Vigencia del Contrato:	31/10/2025													
PRORROGAS	En tiempo													
	1-													
	2-													
	3-													
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 90373433 y riesgos profesionales 90373433 Planilla 90373433- correspondiente al mes de SEPTIEMBRE En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (SEPTIEMBRE); 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	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (instalado, extendido o almacenado)	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	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: <i>Maria Nelcy Toro</i> CC 52.277.745 JEFÉ MARIA NELCY TORO QUINTERO SERVIDOR MISIONAL EN SANIDAD MILITAR SERVICIO DE ENFERMERIA SUPERVISORA DEL CONTRATO														
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