

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MR-01-PT-05	
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024	
		MANUAL: CONTRATACIÓN					VERSIÓN: 10	
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					PAGINA 1 DE 2	
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI								
Fecha:	22 OCTUBRE 2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	OCTUBRE 2025	
No. de Contrato:	SP-SUMD-0292-2025			VALOR	\$21.568.800,00			
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0203-2025							
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Nombre de Contratista	PUENTES HUERFANO HEIDY GERALDINE			NIT/CC	1001078078			
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA			
Cuenta Bancaria No.	0550488444112939	Banco:	DAVIENDA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):					
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL							VALOR OBLIGACIÓN
	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	
AÑO 2025	117025	13/02/2025			141125	14/02/2025	OCTUBRE 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	\$21.568.800,00			\$21.568.800,00	\$,00
TOTAL CONTRATO	\$21.568.800,00			\$21.568.800,00	\$,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
	13/02/2025		31/10/2025
Vigencia del Contrato:	31/10/2025		
PRORROGAS	En tiempo		
	1-		
	2-		
	3-		

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 90409611 y riesgos profesionales 90409611 Planilla 90409611 - 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 presentó 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 RECEPCIÓN	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (instalado, reemplazado 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	Nº 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:

Maria Nely Toro
CC 52.277.745
JEFE MARIA NELCY TORO QUINTERO
SERVIDOR MISIONAL EN SANIDAD MILIATR
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	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	1	1
Acta de supervisión y/o Factura	1	1
Pago de Seguridad Social	1	1