

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GEOD-MN-01-FT-05	
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS				FECHA DE EMISIÓN: 18-05-2024	
		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 PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	OCTUBRE 2025
No. de Contrato:	SP-SUMD-0782-2024			VALOR	\$25.080.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-SECO-0479-2024						
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	MENDEZ HIDALGO SANDRA			NIT/CC	52848128		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA		
Cuenta Bancaria No.	009170447040	Banco:	DAVIENDA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X
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
AÑO 2025	50025	10/01/2025			46125	10/01/2025	OCTUBRE 2025
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	\$83.600,00			\$83.600,00	\$,00
AÑO 2025	\$24.996.400,00			\$24.996.400,00	\$,00
TOTAL CONTRATO	\$25.080.000,00			\$25.080.000,00	\$,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												
	31/12/2024		31/10/2025												
Vigencia del Contrato:	31/10/2025														
PRORROGAS	En tiempo														
	1-														
	2-														
	3-														
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión1076609788y riesgos profesionales1076609788Planilla 1076609788- 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 BIERRE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado, pendiente o eliminado)	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 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:															
CC 52.277.745 Enfermera Jefe M.A. 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	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	1	1
Acta de supervisión y/o Factura	1	1
Pago de Seguridad Social	1	1