

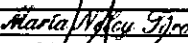
HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MR-01-FT-05				
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024				
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10				
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					PÁGINA 1 DE 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-0351-2025			VALOR	\$34.698.800,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0249-2025										
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	CARDENAS MENDOZA ANYA SOFIA			NIT/CC	1000596907						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	0550008200777681	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										
	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	ALIMACIÓN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
AÑO 2025	113525	3/17/2025			161125	3/18/2025	OCTUBRE 2025				\$4.356.800,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$4.356.800,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES TRECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2024	\$,00			\$,00	
AÑO 2025	\$34.698.800,00			\$34.076.400,00	\$622.400,00
TOTAL CONTRATO	\$34.698.800,00			\$34.076.400,00	\$622.400,00

OBSERVACIONES: En trámite de factura del mes vigente. Realizo prestación de servicio en el area conforme se encuentra en planilla de informacion de prestación del servicio .	No prestación de servicios el 09 y 10/10/2025
---	---

Nombre del Supervisor JEFE MARIA NELCY TORO QUINTERO	Fecha de notificación: 14/07/2025
--	-----------------------------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION																																																																																																																																					
	18/03/2025		31/10/2025																																																																																																																																					
Vigencia del Contrato:	31/10/2025																																																																																																																																							
PRORROGAS	En tiempo																																																																																																																																							
	1-																																																																																																																																							
	2-																																																																																																																																							
	3-																																																																																																																																							
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 1075512206 y riesgos profesionales 1075512206 Planilla 1075512206- 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: <table border="1"> <thead> <tr> <th>REPUESTO</th> <th>EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO</th> <th>MARCA</th> <th>NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO</th> <th>PLACA DEL EQUIPO</th> <th>NÚMERO DE ENTRADA AL</th> <th>FECHA DE</th> <th>NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)</th> <th>ESTADO (instalado, estropeado o almacén)</th> <th>CANTIDAD</th> <th>NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN</th> <th>FECHA DE INSTALACIÓN</th> <th>VALOR UNITARIO</th> <th>VALOR TOTAL</th> <th>OBSERVACIONES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión <table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIPCION DEL</th> <th>SERIE</th> <th>PLAC</th> <th>AREA DONDE SE ENCUENTRA</th> <th>No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO</th> <th>FECHA</th> <th>FECHA DE</th> <th>FECHA DE</th> <th>OBSERVACIONES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> 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. <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="10">INFORMACIÓN GENERAL</th> </tr> <tr> <th>Entidad</th> <th>N° Planilla</th> <th>Fecha de pago</th> <th colspan="2">SALUD</th> <th colspan="2">PENSIÓN</th> <th colspan="3">RIESGOS PROFESIONALES</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>Entidad</td> <td>Valor</td> <td>Entidad</td> <td>Valor</td> <td>Entidad</td> <td colspan="2">Valor</td> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td colspan="2"> </td></tr> <tr> <td>FORMATO</td> <td colspan="6">INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO</td> <td>CODIGO:</td> <td>VERSIÓN</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="6"> </td> <td>Página:</td> <td colspan="2">2 DE 2</td> </tr> </tbody> </table> NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:  CC/52.277.745 Enfermera JEFC HMC 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					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, estropeado o almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES																															DESCRIPCION DEL	SERIE	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA	FECHA DE	FECHA DE	OBSERVACIONES																			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	
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, estropeado o almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES																																																																																																																										
DESCRIPCION DEL	SERIE	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA	FECHA DE	FECHA DE	OBSERVACIONES																																																																																																																																
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																																																																																																																																

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