

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 PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	OCTUBRE 2025
No. de Contrato:	SP-SUMD-0202-2025			VALOR	\$42.478.800,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0160-2025						
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	RUIZ SAENZ GERALDINE			NIT/CC	1030615146		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA		
Cuenta Bancaria No.	000570112425	Banco:	DAVIVIENDA		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 (RPL) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO
AÑO 2025	113525	1/23/2025			124325	1/28/2025	OCTUBRE 2025
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO							\$4.512.400,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES QUINIENTOS DOCE MIL CUATROCIENTOS PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2024	\$,00			\$,00	\$,00
AÑO 2025	\$42.478.800,00			\$41.389.600,00	\$1.089.200,00
TOTAL CONTRATO	\$42.478.800,00			\$41.389.600,00	\$1.089.200,00

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 .

No prestacion de servicios el 07/10/2025

Nombre del Supervisor JEFE MARIA NELCY TORO QUINTERO

Fecha de notificación: 14/07/2025

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO 28/01/2025		FECHA DE TERMINACIÓN 31/10/2025											
Vigencia del Contrato:	31/10/2025													
PRORROGAS	En tiempo													
	1-													
	2-													
	3-													
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 90161638 y riesgos profesionales 90161638 Planilla 90161638- 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 detalla da 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 RECEPCION	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (instalado / pendiente o almacenado)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

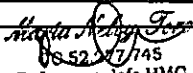
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

DESCRIPCIO N DEL	SERIE	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE	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		
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO						CÓDIGO:	VERSIÓN	
							Página:	10 2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:		 52.277.745 JEFE MARÍA NELLY 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