

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-WR-01-FI-05	
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024	
		MANUAL: CONTRATACIÓN					VERSIÓN: 10	
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	
PAGINA 1 DE 2								

Fecha:	22 OCTUBRE 2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRÁMITE PARAPAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	OCTUBRE 2025
No. de Contrato:	SP-SUMD-0347-2025			VALOR	\$35.943.600,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0245-2025						
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	PITA MONTAÑA MALLORY ALEJANDRA			NIT/CC	1014197057		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA		
Cuenta Bancaria No.	0550488406284312	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						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
AÑO 2025	113525	3/6/2025			156525	3/10/2025	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	
AÑO 2025	\$,00			\$32.676.000,00	\$3.267.600,00
TOTAL CONTRATO	\$35.943.600,00			\$32.676.000,00	\$3.267.600,00

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: 14/07/2025

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACIÓN											
	10/03/2025		31/10/2025											
Vigencia del Contrato:	31/10/2025													
PRORROGAS	En tiempo													
	1-													
	2-													
	3-													
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 1075406471 y riesgos profesionales 1075406471 Planilla 1075406471 - 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 1	FECHA DE INICIO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (instalado, en reparación, o almacén)	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

DESCRIPCIÓN DEL	SERIE	PLAC	ÁREA DONDE SE ENCUENTRA	Nº DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	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						CÓDIGO:	VERSIÓN	10
							Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:

JEFE MARIA NEQUIERO 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	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	1	1
Acta de supervisión y/o Factura	1	1
Pago de Seguridad Social	1	1