


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-0226-2025			VALOR	\$17.866.600,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0168-2025										
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO CAMILLERO PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL										
Nombre de Contratista	RODRIGUEZ MORENO BRIGITH TATIANA			NIT/CC	1024600415						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	488432776679	Banco:	DAVIENDA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X Corriente				
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Asegurador a (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	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
AÑO 2025	115725	3/02/2025			128625	3/02/2025	OCTUBRE 2025				\$1.599.998,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$1.599.998,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: UN MILLON SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2024	\$,00			\$,00	\$,00
AÑO 2025	\$17.866.600,00			\$16.866.595,00	\$1.000.005,00
TOTAL CONTRATO	\$17.866.600,00			\$16.866.595,00	\$1.000.005,00

OBSERVACIONES: Realizo prestacion de servicio en el area conforme se encuentra en planilla de informacion de prestacion del servicio	No prestacion de servicios el 20 y 21/09/2025, 04,05,15/10/2025, 20/10/2025
--	---

Nombre del Supervisor JEFE MARIA NELCY TORO QUINTERO	Fecha de notificación: 7/14/2025
--	----------------------------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION	
	03/02/2025		10/31/2025	
Vigencia del Contrato:	10/31/2025			
PRORROGAS	En tiempo			
	1-			
	2-			
	3-			

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 1076155559 y riesgos profesionales 1076155559 Planilla 1076155559- 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	FECHA DE INICIO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (mantenido, pendiente o afianc)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACION	FECHA DE INSTALACION	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 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						CODIGO:	VERSIÓN	10	
							Página:	2 DE 2		

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:

Maria Nelcy Toro
 52.277.745
 Enfermera Jefe
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