

HOSPITAL MILITAR CENTRAL 		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MN-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-0773-2024				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	HERNANDEZ ORTIZ LUIS ALVARO				NIT/CC	80242477		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA		
Cuenta Bancaria No.	0550008000726326	Banco:	DAVIVIENDA		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							VALOR OBLIGACIÓN
	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	
AÑO 2025	64125	10/01/2025			59125	10/01/2025	OCTUBRE 2025	\$836.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO								\$836.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS 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			\$20.482.000,00	\$4.514.400,00
TOTAL CONTRATO	\$25.080.000,00			\$20.565.600,00	\$4.514.400,00

OBSERVACIONES: Realizo prestacion de servicio en el area conforme se encuentra en planilla de informacion de prestacion del servicio	No prestacion de servicios el 20,21,24 y 25/09/2025, 02,03,04,05,10,11,12 y 13/10/2025, 16,17,20,21,22,23,24,25/10/2025
--	---

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

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION											
	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 Pensión90150093y riesgos profesionales90150093Planilla 90150093- 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 reacionado 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 INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (finalizado / existencia a almacen)	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	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE ENTRADA	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:

Marta Nelcy Toro
CC 52.277.745
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