

		<b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b> FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS MANUAL: CONTRATACION PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI					CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05 FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024 VERSIÓN: 10 PAGINA 1 DE 2				
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-0392-2025			VALOR	\$11.200.000,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-SECO-0476-2024										
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO CAMILLERO PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL										
Nombre de Contratista	GUERRERO REINOSO ANGIE PAOLA			NIT/CC	1024584700						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	0550008300826115	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						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	115725	13/05/2025			200925	13/05/2025	OCTUBRE 2025				\$1.866.666,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$1.866.666,00	

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:DOS MILLONES DE PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C )	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2024	\$ ,00			\$ ,00	\$ ,00
AÑO 2025	\$11.200.000,00			\$10.799.998,00	\$400.002,00
TOTAL CONTRATO	\$11.200.000,00			\$10.799.998,00	\$400.002,00

OBSERVACIONES: Realizo prestacion de servicio en el area conforme se encuentra en planilla de informacion de prestacion del servicio	No prestacion de servicios 18 y 19/10/2025
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------

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

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION	
	13/05/2025		10/31/2025	
Vigencia del Contrato:	10/31/2025			
PRORROGAS	En tiempo			
	1-			
	2-			
	3-			

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 1076250709 y riesgos profesionales 1076250709 Planilla 1076250709- 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 INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (instalado / existencia 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	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE OBSERVACIÓN

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	Entidad	Valor
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO							CODIGO:	VERSIÓN	10
								Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:

  
 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