

Fecha:	22 OCTUBRE 2025	<u>INFORME DE SUPERVISOR</u>	X	<u>TRAMITE PARA PAGO</u>	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	OCTUBRE 2025
--------	-----------------	------------------------------	---	--------------------------	---	--	--------------

No. de Contrato:	SP-SUMD-0873-2024	<u>VALOR</u>	\$25.080.000,00
------------------	-------------------	--------------	-----------------

N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-SECO-0485-2024
--	-------------------

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	RODRIGUEZ CARRILLO YURY MARITZA	<u>NIT/CC</u>	1013105412
-----------------------	---------------------------------	---------------	------------

Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	<u>Modalidad de Contratación</u>	CONTRATACION DIRECTA
-------------------	-------------------------	----------------------------------	----------------------

Cuenta Bancaria No.	033515693	Banco:	BANCO DE BOGOTA	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 (RPN) No.	FECHA CRP					
AÑO 2025	70225	10/01/2025			64625	10/01/2025	OCTUBRE 2025				\$2.340.800,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$2.340.800,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA MIL OCHOCIENTOS 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			\$24.160.400,00	\$836.000,00
TOTAL CONTRATO	\$25.080.000,00			\$24.244.000,00	\$836.000,00

OBSERVACIONES: Realizo prestación de servicio en el area conforme se encuentra en planilla de informacion de prestacion del servicio	No prestacion de servicios el 05 y 06/10/2025
--	---

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 Pensión 34704159 y riesgos profesionales 34704159 Planilla 34704159 – 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 presentó 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 afinción)	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

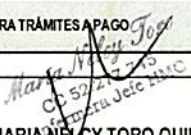
DESCRIPCION DEL	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE OBSERVACIONES

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:


JEFE MARIA NELLY TORO 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	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	1	1
Acta de supervisión y/o Factura	1	1
Pago de Seguridad Social	1	1