

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-03				
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024				
		MANUAL: CONTRATACIÓN					VERSIÓN: 10				
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					PAGINA 1 DE 2				
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SIGI											
Fecha:	20 NOVIEMBRE 2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	NOVIEMBRE 2025				
No. de Contrato:	SP-SUMD-0688-2025			VALOR	\$23.797.000,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0375-2025										
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	GIRALDO PINILLA MYRIAM CAROLINA			NIT/CC	52845236						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	91200818003	Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente			
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Aseguradora (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	MONEDA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
AÑO 2025	155925	01/11/2025			352825	2025-10-20	NOVIEMBRE 2025				2.508.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$2.508.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES QUINIENTOS OCHO MIL PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2025	\$5.016.000,00			\$2.508.000,00	\$2.508.000,00
AÑO 2026	\$18.781.000,00			\$18.781.000,00	\$18.781.000,00
TOTAL CONTRATO	\$23.797.000,00			\$21.289.000,00	\$21.289.000,00-

OBSERVACIONES: Realizo prestación de servicio en el area conforme se encuentra en planilla de informacion de prestación del servicio

Nombre del Supervisor JEFE MARIA NELCY TORO QUINTERO

Fecha de notificación:14/11/2025

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION											
	01/11/2025		31/07/2026											
Vigencia del Contrato:	31/07/2026													
PRORROGAS	En tiempo													
	1-													
	2-													
	3-													
<p>NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 9493715397 y riesgos profesionales 9493715397 Planilla 9493715397 – correspondiente al mes de OCTUBRE</p> <p>En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (OCTUBRE); 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.</p> <p>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.</p> <p>NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detallada el cuadro relacionado a continuación:</p>														
REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL	FECHA DE	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (instalado, en reparación o almacenado)	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	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA	FECHA DE	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						CÓDIGO:	VERSION	10
							Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:

Maria Nelcy Toro
 02 52.277.745
 Enfermera Jefe JMO
JEFE MARIA NELCY 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