

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05	
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS				FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024	
		MANUAL: CONTRATACIÓN				VERSIÓN: 1.0	
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES				PAGINA 1 DE 2	
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI							
Fecha:	20 NOVIEMBRE 2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRÁMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y/O MES DE	NOVIEMBRE 2025
No. de Contrato:	SP-SUMD-0774-2025			VALOR	\$18.980.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0377-2025						
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO CAMILLERO PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	MORALES MORALES ELIZABETH			NIT/CC	38140250		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA		
Cuenta Bancaria No.	474100062956	Banco:	Davivienda		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica):		Aseguradora (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 (RPI) No.	FECHA CRP	
AÑO 2025	226225	01/11/2025			356825	2025-10-22	NOVIEMBRE 2025
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO							\$2.000.000,00

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 2025	\$4.000.000,00			\$2.000.000,00	\$2.000.000,00
AÑO 2026	\$14.980.000,00			\$14.980.000,00	\$14.980.000,00
TOTAL CONTRATO	\$18.980.000,00			\$16.980.000,00	\$16.980.000,00

OBSERVACIONES:	
----------------	--

Nombre del Supervisor JEFE MARIA NELCY TORO QUINTERO	Fecha de notificación: 11/14/2025
--	-----------------------------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
	01/11/2025		10/31/2026
Vigencia del Contrato:	10/31/2026		
PRORROGAS	En tiempo		
	1-		
	2-		
	3-		

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 9493813049 y riesgos profesionales 9493813049 Planilla 9493813049- correspondiente al mes de OCTUBRE. 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.

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, 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 ENTRADA	FECHA DE SALIDA	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:	VERSIÓN	10
							Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:

Mario
JEFE MARIO MELBY 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