


HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MH-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-0456-2025			VALOR	\$9.958.400,00						
N° de Proceso en el SECOPI /Tienda virtual	SP-GECO-0344-2025										
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL										
Nombre de Contratista	QUINTERO ESTUPIÑAN DUVAN FELIPE			NIT/CC	1022416359						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	488448253838	Banco:	Daviyenda	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 (RPI) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
AÑO 2025	210225	8/27/2025			300425	8/27/2025	OCTUBRE 2025				\$4.045.600,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$4.045.600,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES CUARENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2024	\$ ,00			\$ ,00	\$ ,00
AÑO 2025	\$9.958.400,00			\$9.336.000,00	\$622.400,00
<b>TOTAL CONTRATO</b>	<b>\$9.958.400,00</b>			<b>\$9.336.000,00</b>	<b>\$622.400,00</b>

OBSERVACIONES: En tramite de factura del mes vigente. Realizo prestacion de servicio en el area conforme se encuentra en planilla de informacion de prestacion del servicio .	No prestacion de servicios el 15 al 19/10/2025 (trabaja el 15/10/2025)
---	--

Nombre del Supervisor JEFE MARIA NELCY TORO QUINTERO	Fecha de notificación: 27/08/2025
--	-----------------------------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION	
	27/08/2025		31/10/2025	
Vigencia del Contrato:	31/10/2025			
PRORROGAS	En tiempo			
	1-			
	2-			
	3-			

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 911218233 y riesgos profesionales 911218233 Planilla 911218233- 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 INCIDENCIA	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (reemplazado, reparado 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

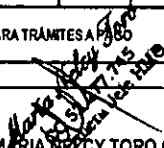
DESCRIPCIÓN DEL	SERIE	PLAC	ÁREA DONDE SE ENCUENTRA	Nº DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA	FECHA DE	FECHA DE	OBSERVACIONES

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	Nº 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 TERECY 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	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		