

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-KN-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:	20 NOVIEMBRE 2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARAPAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	NOVIEMBRE 2025
No. de Contrato:	SP-SUMD-0723-2025			VALOR	\$23.797.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0376-2025						
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	PARRA RUIZ STEFANIA			NIT/CC	1193571963		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA		
Cuenta Bancaria No.	488437542134	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):				
VIGENCIA	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
AÑO 2025	155925	01/11/2025			360425	2025-10-22	NOVIEMBRE 2025
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO							\$2.508.000,00

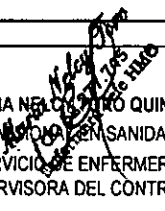
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:DOS MILLONES QUINIENTOS OCHO MIL PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VL 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 prestacion de servicio en el area conforme se encuentra en planilla de informacion de prestacion 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 91255949 y riesgos profesionales 91255949 Planilla 91255949- 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 INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (instalado, en espera de instalación o almacenado)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACION	FECHA DE INSTALACION	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 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: <div style="text-align: center;">  JEFE MARIA NELCY QUINTERO SERVIDOR NACIONAL EN SANIDAD MILITAR SERVICIO DE ENFERMERIA SUPERVISORA DEL CONTRATO </div>														
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