

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECO-MH-01-FI-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 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-0819-2025			VALOR	\$23.797.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0379-2025						
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	HUERTAS VARGAS YELENA			NIT/CC	1023910668		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA		
Cuenta Bancaria No.	24090344381	Banco:	BANCO CAJA SOCIAL		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X
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
AÑO 2025	155925	01/11/2025			393525	2025-10-27 00:00:00	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	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 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 1076369951 y riesgos profesionales 1076369951 Planilla 1076369951 – 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 INICIO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (instalado, mantenimiento o desmontado)	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	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	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:

JEFE MARIA NELSON TORO QUINTERO
SERVIDOR MISION DE SALUD MILITAR
SERVIDOR DE ENFERMERIA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

NÚMERO DE CEDULA:

52.277.745

CELULAR:

CORREO: mtoro@homll.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