


|   |  |  |   |                           |                                |  |   |           |                                     |                        |                  |
|---|--|--|---|---------------------------|--------------------------------|--|---|-----------|-------------------------------------|------------------------|------------------|
|  |  | <b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b><br>FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO<br>UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS<br>MANUAL: CONTRATACION<br>PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES<br>SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI |   |                           |                                |  | CÓDIGO: GA-GECO-MH-01-FT-05<br>FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024<br>VERSIÓN: 10<br>PAGINA 1 DE 2 |           |                                     |                        |                  |
| Fecha:  | 09 OCTUBRE 2025  | INFORME DE SUPERVISOR  | X   | TRAMITE PARAPAGO          | X                              | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE | SEPTIEMBRE 2025   |           |                                     |                        |                  |
| No. de Contrato:  | SP-SUMD-0456-2025  |  |   | VALOR                     | \$9.958.400,00                 |  |   |           |                                     |                        |                  |
| N° de Proceso en el SECOP II /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:   | Davivienda                                      |                           | Tipo de Cuenta:                | Ahorros                                  | X   | Corriente |                                     |                        |                  |
| Garantía Cumplimiento (Si aplica):  | Asegurador a (Si aplica):  |  | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): |                           |                                |  |   |           |                                     |                        |                  |
| VIGENCIA  | INFORMACIÓN PRESUPUESTAL   |  |   |                           |                                |  | No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO  | FECHA     | ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO | ALMACÉN AL QUE INGRESA | VALOR OBLIGACIÓN |
|   | Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.   | FECHA  | DINAMICA No.                                    | FECHA                     | Registro Presupuestal (RP) No. | FECHA CRP                                |   |           |                                     |                        |                  |
| AÑO 2025  | 210225   | 8/27/2025  |   |                           | 300425                         | 8/27/2025                                | SEPTIEMBRE 2025   |           |                                     |                        | \$4.668.000,00   |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO  |  |  |   |                           |                                |  |   |           |                                     | \$4.668.000,00         |                  |

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL 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        |                 |                                  | \$5.290.400,00        | \$4.668.000,00        |
| <b>TOTAL CONTRATO</b> | <b>\$9.958.400,00</b> |                 |                                  | <b>\$5.290.400,00</b> | <b>\$4.668.000,00</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 .

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 y riesgos profesionales 89890362Planilla 89890362- correspondiente al mes de AGOSTO  
 En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (AGOSTO); 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 detalla da el cuadro reacionado 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 / existencia o almacen) | 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 |               |         |       |         |       |                       | CODIGO: | 10     |
|                     |   |               |         |       |         |       |                       | Página: | 2 DE 2 |

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:   
 JEFE MARIA NELCY TORO QUINTERO  
 SERVIDOR MISIONAL EN SANIDAD MILIATR  
 SERVICIO DE ENFERMERIA  
 SUPERVISORA DEL CONTRATO  
 52.277.745

NÚMERO DE CEDULA:   
 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         |