

 <b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>		<b>FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO</b>				<b>CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05</b>					
		<b>UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS</b>				<b>FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024</b>					
		<b>MANUAL: CONTRATACION</b>				<b>VERSIÓN: 10</b>					
		<b>PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES</b>				<b>PÁGINA 1 DE 2</b>					
<b>SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI</b>											
Fecha:	21 MAYO 2025	<b>INFORME DE SUPERVISOR</b>	X	<b>TRAMITE PARA PAGO</b>	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	MAYO 2025				
No. de Contrato:	SP-SUMD-0941-2025			VALOR	\$18.980.000,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0391-2025										
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO CAMILLERO PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL										
Nombre de Contratista	LOPEZ PEÑUELA JHONATAN STIVEN			NIT/CC	1000046326						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	0550488437948406	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 2026	107026	08/01/2026			101326	08/01/2026	MAYO 2026				\$2.140.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$2.140.000,00	

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:DOS MILLONES CIENTO CUARENTA MIL PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C )	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2025	\$4.000.000,00			\$4.000.000,00	\$ 0,00
AÑO 2026	\$14.980.000,00			\$10.700.000,00	\$4.280.000,00
<b>TOTAL CONTRATO</b>	<b>\$18.980.000,00</b>			<b>\$14.700.000,00</b>	<b>\$4.280.000,00</b>

OBSERVACIONES:	No presatcion de servicios el 27/04/2026, 13 y 14/05/2026 INCAPACIDAD MEDICA REPONE
----------------	---

Nombre del Supervisor JEFE CLARA INES ESPITIA SÁNCHEZ	Fecha de notificación:09/03/2026
---	----------------------------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION	
	01/11/2025		7/31/2026	
Vigencia del Contrato:	7/31/2026			
PRORROGAS	En tiempo			
	1-			
	2-			
	3-			

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 77528909 y riesgos profesionales 77528909 Planilla 77528909 – correspondiente al mes de ABRIL. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (ABRIL); 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 / existencia / almacén)	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 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:

*Clara Ines Espitia S.*  
**JEFE CLARA INES ESPITIA SANCHEZ**  
 SERVIDOR MISIONAL EN SANIDAD MILITAR  
 SERVICIO DE ENFERMERIA  
 SUPERVISORA DEL CONTRATO

NÚMERO DE CEDULA:

52.363.769

CELULAR:

CORREO: clasanchez@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