HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	21 MAYO 2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	MAYO 2026

No. de Contrato:	SP-SUMD-0772-2025	VALOR	$18.980.000,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0377-2025		
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO CAMILLERO PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	MARTIN BELTRAN YOLANDA	NIT/CC	1024487765
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA

Cuenta Bancaria No.	009770206333	Banco:	BANCO DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente	

Garantia 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	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
AÑO 2026	77926	08/01/2026			74926	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			$10.281.334,00	$4.698.666,00
TOTAL CONTRATO	$18.980.000,00			$14.281.334,00	$4.698.666,00

OBSERVACIONES:	

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

Plazo de ejecucion	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 Pensión1081126355 y riesgos profesionales1081126355 Planilla 1081126355 – correspondiente al mes de ABRIL
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que ella contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (ABRIL); así mismo certifico que ella 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 realcionado a continuacion:

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 s 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

DESCRIPCIO N DEL	SERIE	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA		No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO				FECHA	FECHA DE ENTRA	FECHA DE	OBSERVACI

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	

Clara I. Espitia S.
Capitán
RUN 13731

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	JEFE CLARA INES ESPITIA SANCHEZ SERVIDOR MISIONAL EN SANIDAD MILIATR 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