

Fecha:	29 ENERO 2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	ENERO 2026
No. de Contrato:	SP-SUMD-0707-2025		VALOR		\$23.797.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0375-2025						
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	MENDEZ MORENO LEIDY ESPERANZA		NIT/CC		1012449517		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS		Modalidad de Contratación		CONTRATACION DIRECTA		
Cuenta Bancaria No.	0913003193	Banco:	BBVA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente

Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Aseguradora (Si aplica):	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):									
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL							No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
AÑO 2026	47026	07/01/2026			45226	07/01/2026	ENERO 2026			\$2.599.400,00	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$2.599.400,00	

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2025	\$5.016.000,00			\$5.016.000,00	\$0,00
AÑO 2026	\$18.781.000,00			\$2.181.400,00	\$16.599.600,00
TOTAL CONTRATO	\$23.797.000,00			\$7.197.400,00	\$16.599.600,00

OBSERVACIONES: Realizo prestación de servicio en el area conforme se encuentra en planilla de informacion de prestacion del servicio

No prestacion de servicios el 30/12/2025

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-		

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 9496880994 y riesgos profesionales 9496880994 Planilla 9496880994 - correspondiente al mes de DICIEMBRE En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (DICIEMBRE); 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 al macer)	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 DE	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.

Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	INFORMACIÓN GENERAL						
			SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES		
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO						CODIGO:	VERSION	10
							Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:


JEFE CALRA INES ESPITIA SANCHEZ
 SERVIDOR MISIONAL EN SANIDAD MILITAR
 SERVICIO DE ENFERMERIA
 SUPERVISORA DEL CONTRATO

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