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:	20 FEBRERO 2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	FEBRERO 2026

No. de Contrato:	SP-SUMD-0702-2025	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	MARTIN URREGO NIDIA ESPERANZA	NIT/ CC	52867094
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA

Cuenta Bancaria No.	24041579464	Banco:	banco caja social	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	46726	07/01/2026			44926	07/01/2026	FEBRERO 2026				$2.683.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$2.683.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL 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			$5.366.000,00	$13.415.000,00
TOTAL CONTRATO	$23.797.000,00			$10.382.000,00	$13.415.000,00

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

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	31/07/2026
Vigencia del Contrato:	31/07/2026	
PRORROGAS	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensiony riesgos profesionalesPlanilla – correspondiente al mes de ENERO
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (ENERO); asi 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 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 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

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

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:

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