


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:	22 JUNIO 2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	JUNIO 2026				
No. de Contrato:	SP-SUMD-1272-2025			VALOR	\$44.294.000,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0447-2025										
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	CARREÑO ORTIZ NELLY ANDREA			NIT/CC	1024546791						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	0550488447130698	Banco:	Davivienda		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente			
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):								
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL										
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RPI) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
AÑO 2026	77026	2026-01-08	10		74026	2026-01-08	JUNIO 2026				\$4.994.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$4.994.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRASCUATRO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2025	\$9.336.000,00			\$9.336.000,00	\$ 0,00
AÑO 2026	\$34.958.000,00			\$29.964.000,00	\$4.994.000,00
TOTAL CONTRATO	\$44.294.000,00			\$39.300.000,00	\$4.994.000,00

OBSERVACIONES: Realizo prestación 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 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 9503313570 y riesgos profesionales 9503313570 Planilla 9503313570 – correspondiente al mes de MAYO
 En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (MAYO); 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 afianc)	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 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 Bspitia Sánchez
 JEFE CLARA INES BSPITIA SÁNCHEZ
 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