

 <b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>	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	PAGINA 1 DE 2
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		

Fecha:	22 JUNIO 2026	<u>INFORME DE SUPERVISOR</u>	X	<u>TRAMITE PARA PAGO</u>	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	JUNIO 2026
--------	---------------	------------------------------	---	--------------------------	---	--	------------

No. de Contrato:	SP-SUMD-1434-2025	VALOR	\$20.118.600,00
------------------	-------------------	-------	-----------------

N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0458-2025
--	-------------------

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	PINILLA RAMIREZ SOL ALEJANDRA	NIT/CC	1018409243
-----------------------	-------------------------------	--------	------------

Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA
-------------------	-------------------------	---------------------------	----------------------

Cuenta Bancaria No.	004470540610	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						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	21626	07/01/2026			21626	07/01/2026	JUNIO 2026				\$2.683.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	\$2.683.000,00
----------------------------	----------------

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRASDOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2025	\$1.337.600,00			\$1.337.600,00	\$0,00
AÑO 2026	\$18.781.000,00			\$16.098.000,00	\$2.683.000,00
<b>TOTAL CONTRATO</b>	<b>\$20.118.600,00</b>			<b>\$17.435.600,00</b>	<b>\$2.683.000,00</b>

OBSERVACIONES:	12:00:00 AM
----------------	-------------

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

Plazo de ejecucion	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION	
	15/12/2025		31/07/2026	
Vigencia del Contrato:	31/07/2026			
PRORROGAS	En tiempo			
	1-			
	2-			
	3-			

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pension 9505253971 y riesgos profesionales 9505253971 Planilla 9505253971 – 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 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 o 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:

*Clarita Sánchez*  
JEFE CLARA INES ESPITIA SÁNCHEZ <sup>COND</sup>  
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