

	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	PAGINA 1 DE 2
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI				

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-0807-2025	VALOR	\$23.797.000,00
------------------	-------------------	-------	-----------------

N° de Proceso en el SECOPI II /Tienda virtual	SP-GECO-0379-2025
---	-------------------

Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA (IMAGENES DIAGNOSTICAS) DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL
--------	--

Nombre de Contratista	GARCIA MONTEALEGRE SAIDA GABRIELA	NIT/CC	1007695079
-----------------------	-----------------------------------	--------	------------

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

Cuenta Bancaria No.	0570489170012665	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	<input checked="" type="checkbox"/>	Corriente	<input type="checkbox"/>
---------------------	------------------	--------	------------	-----------------	---------	-------------------------------------	-----------	--------------------------

Garantía 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	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RPN) No.	FECHA CRP					
AÑO 2026	96226	08/01/2026			92026	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	\$5.016.000,00			\$5.016.000,00	\$0,00
AÑO 2026	\$18.781.000,00			\$15.215.336,00	\$3.565.664,00
TOTAL CONTRATO	\$23.797.000,00			\$20.231.336,00	\$3.565.664,00

OBSERVACIONES:	
----------------	--

Nombre del Supervisor JEFE CLARA INES ESPITIA SANCHEZ	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 Pensión 6018334763 y riesgos profesionales 6018334763 Planilla 6018334763 – 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 / 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:	VERSION	10	
							Página:	2 DE 2		

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:

Clarita Ines Espitia Sanchez
JEFE CLARA INES ESPITIA 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