

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-1360-2025				VALOR	\$42.426.800,00					
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0474-2025										
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	THOMAS BOLAÑO MERLYS CECILIA				NIT/CC	39141851					
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA					
Cuenta Bancaria No.	004500276698	Banco:	Davivienda		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente			
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 (RP) No.	FECHA CRP					
AÑO 2026	37026	2026-01-07			35926	2026-01-07	JUNIO 2026				\$4.994.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$4.994.000,00

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

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2025	\$7.468.800,00			\$7.468.800,00	\$ 0,00
AÑO 2026	\$34.958.000,00			\$29.797.534,00	\$5.160.466,00
TOTAL CONTRATO	\$42.426.800,00			\$37.266.334,00	\$5.160.466,00

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											
	13/11/2025		31/07/2026											
Vigencia del Contrato:	31/07/2026													
PRORROGAS	En tiempo													
	1-													
	2-													
	3-													
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 9506480751 y riesgos profesionales 9506480751 Planilla 9506480751 – 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 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 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 SALIDA	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 APAGO Clara I. Espitia S.					CODIGO:		VERSIÓN	10
						Página:		2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:

JEFE CLARA INES ESPITA 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