

HOSPITAL MILITAR CENTRAL  HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECO-MH-01-FI-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:	27 JULIO 2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	JULIO 2026				
No. de Contrato:	SP-SUMD-0232-2026			VALOR							
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	PS-GECO-0190-2026										
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	ROA SANCHEZ LINA MILENA			NIT/CC	1000470190						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	91294179220	Banco:	BANCOLOMBIA		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	ALMACEN N° AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RPI) No.	FECHA CRP					
AÑO 2026	151826	2026-03-19			169226	2026-03-19	JULIO 2026				\$4.661.068,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$4.661.068,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRASCUATRO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y UN MIL SESENTA Y OCHO PESOS											
VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO				
AÑO 2025	\$,00					\$,00	\$ 0,00				
AÑO 2026	\$41.949.600,00					\$21.474.202,00	\$20.475.398,00				
TOTAL CONTRATO	\$41.949.600,00					\$21.474.202,00	\$20.475.398,00				
OBSERVACIONES:						No prestacion de servicios el 24 al 26/06/2026 por incapidda medica HORAS DE VOTACION					
Nombre del Supervisor JEFE CLARA INES ESPITIA SÁNCHEZ						Fecha de notificación:09/03/2026					

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION											
	19/03/2026		30/11/2026											
Vigencia del Contrato:	30/11/2026													
PRORROGAS	En tiempo													
	1-30/11/2026													
	2-													
	3-													
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 92842719 y riesgos profesionales 92842719 Planilla 92842719 – correspondiente al mes de JUNIO En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JUNIO); 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 almacen)	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

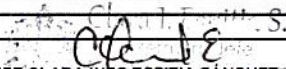
DESCRIPCION DEI	SERIE	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	OBSERVACIONES

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:


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