

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					PÁGINA 1 DE 2				
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI									
Fecha:	20 AGOSTO 2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	AGOSTO 2026				
No. de Contrato:	SP-SUMD-0836-2025			VALOR		\$36.385.000,00					
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0379-2025										
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	REYES LAGUNA NATALIA			NIT/CC		1018478126					
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación		CONTRATACION DIRECTA					
Cuenta Bancaria No.	21300005099	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										
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) 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	86426	08/01/2026			82726	07/01/2026	AGOSTO 2026				\$3.042.100,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$3.042.100,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRASTRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y SIETE MIL PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VALOR EJECUTAD O	SALDO CONTRATO
AÑO 2025	\$5.016.000,00			\$5.016.000,00	\$ 0,00
AÑO 2026	\$18.781.000,00	\$12.588.000,00		\$20.121.935,00	\$11.247.065,00
TOTAL CONTRATO	\$23.797.000,00	\$12.588.000,00		\$25.137.935,00	\$11.247.065,00

OBSERVACIONES:	No prestación de servicios el 29/07/2026
----------------	--

Nombre del Supervisor JEFE KAREN CECILIA VERGARA CASTELLÓN	Fecha de notificación:16/07/2026
--	----------------------------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION											
	01/11/2025		31/07/2026											
Vigencia del Contrato:	31/07/2026													
PRORROGAS	En tiempo													
	1-30/11/2026													
	2-													
	3-													
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión1083428580y riesgos profesionales1083428580Planilla 1083428580 – correspondiente al mes de JULIO En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JULIO); 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 realcionado 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 DEL	SERIE	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO				FECHA	FECHA DE	FECHA DE	FECHA DE	FECHA DE	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:														
JEFE KAREN CECILIA VERGARA CASTELLÓN SERVIDOR MISIONAL EN SANIDAD MILITAR SERVICIO DE ENFERMERIA SUPERVISORA DEL CONTRATO														
NÚMERO DE CEDULA:		55231578												
CELULAR :									CORREO: kvergara@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