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	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	22 SEPTIEMBRE 2026	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE**	SEPTIEMBRE 2026

No. de Contrato:	SP-SUMD-0965-2025	**VALOR**	$64.270.000,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0392-2025		
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	**LOAIZA ROJAS LINA GIOVANNA**	**NIT/CC**	52900348
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	**Modalidad de Contratación**	CONTRATACION DIRECTA

Cuenta Bancaria No.	000017536863	**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**	**ALMACEN AL QUE INGRESA**	**VALOR OBLIGACIÓN**
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	**FECHA**	**DINAMICA No.**	**FECHA**	**Registro Presupuestal (RP) No.**	**FECHA CRP**					
AÑO 2026	120926	2026-01-09			112926	2026-01-07	SEPTIEMBRE 2026				$4.827.534,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$4.827.534,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS VENTI SIETE MIL QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS

VIGENCIA	**VALOR CONTRATO**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VALOR EJECUTADO**	**SALDO CONTRATO**
AÑO 2025	$9.336.000,00			$9.336.000,00	$ 0,00
AÑO 2026	$34.958.000,00	$19.976.000,00		$44.613.068,00	$10.320.932,00
TOTAL CONTRATO	**$44.294.000,00**	**$19.976.000,00**		$53.949.068,00	$10.320.932,00

OBSERVACIONES: Realizo prestacion de servicio en el area conforme se encuentra en planilla de informacion de prestacion del servicio	No prestacion de servicios el 01/09/2026

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

Plazo de ejecucion	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	01/11/2025	31/07/2026
Vigencia del Contrato:	31/07/2026	
PRORROGAS	En tiempo	
	1-30/11/2026	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión95197432y riesgos profesionales95197432Planilla 95197432 – correspondiente al mes de AGOSTO
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (AGOSTO); 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 continuacion:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MAFICA	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

DESCRIPCIO N DEL	SERIE	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA		No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO					FECHA	FECHA DE ENTRA	FECHA DE	OBSERVACI

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 MILIATR
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