HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	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-0766-2025			**VALOR**	$29.148.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0377-2025						
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO CAMILLERO PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	**CARDONA CLAVIJO LUISA FERNANDA**			**NIT/CC**	1007424422		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			**Modalidad de Contratación**	CONTRATACION DIRECTA		

Cuenta Bancaria No.	488451514571	**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	98226	08/01/2026			93926	08/01/2026	SEPTIEMBRE 2026				$2.542.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$2.542.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL PESOS

VIGENCIA	**VALOR CONTRATO**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VALOR EJECUTADO**	**SALDO CONTRATO**
AÑO 2025	$4.000.000,00			$4.000.000,00	$ 0,00
AÑO 2026	$14.980.000,00	$10.168.000,00		$20.064.000,00	$5.084.000,00
TOTAL CONTRATO	**$18.980.000,00**	**$10.168.000,00**		$24.064.000,00	$5.084.000,00

OBSERVACIONES:	

Nombre del Supervisor JEFE KAREN CECILIA VERGARA CASTELLÓN	**Fecha de notificación:11/14/2025**

Plazo de ejecucion	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	01/11/2025	7/31/2026
Vigencia del Contrato:	7/31/2026	
PRORROGAS	En tiempo	
	1-11/30/2026	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión9509801988y riesgos profesionales9509801988Planilla 9509801988 – 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	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (instalado / existencia s almacen)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACION	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