

|   |  |  |                                   |   |                                       |  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
|---|--|--|-----------------------------------|---|---------------------------------------|--|-------------------------------|---|-----------------------------|----------------------------------|----------------------|----------------|-------------|---------------|--|
| 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: 30-05-2024   |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
|   |  | MANUAL: CONTRATACION                                       |                                   |   |                                       | VERSIÓN: 10  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
|   |  | PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES                          |                                   |   |                                       | PÁGINA 1 DE 2  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
|   |  | SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI                           |                                   |   |                                       |  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| Fecha:  | 25 AGOSTO DE 2025  | <b>INFORME DE SUPERVISOR</b>                               |                                   | <b>TRAMITE PARA PAGO</b>                        |                                       | X  | MES DE PRESTACION DE SERVICIO |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| No. de Contrato:  | SP-SSAA-0350-2025  |  |                                   | <b>VALOR</b>                                    |                                       | <b>18.642.800</b>  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual  | SP-GECO-0248-2025  |  |                                   |   |                                       |  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| Objeto  | PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA |  |                                   |   |                                       |  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| Nombre de Contratista   | SOL ALEJANDRA PINILLA RAMIREZ  |  |                                   | NIT/ CC   |                                       | 1.018.409.243  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| Clase de Contrato   | PRESTACION DE SERVICIOS  |  |                                   | Modalidad de Contratación                       |                                       | CONTRATACION DIRECTA   |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| Cuenta Bancaria No.   | 004-470-540-610  | Banco:   |                                   | Davivienda                                      | Tipo de Cuenta:                       | Ahorros  | X                             |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| Garantía Cumplimiento (Si aplica):  |  | Aseguradora (Si aplica):                                   |                                   | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): |                                       |  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| VIGENCIA  | INFORMACIÓN PRESUPUESTAL   |  |                                   |   |                                       |  | VALOR OBLIGACIÓN              |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
|   | Certificado de Disponibilidad Presupuestal   | FECHA  | DINAMI CA No.                     | FECHA   | Registro Presupuestal (RP) No.        | FECHA CRP  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| VIGENCIA AÑO 2025   | 111225   | 14/03/2025   |                                   |   | 161025                                | 18/03/2025   | 2.508.000                     |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO  |  |  |                                   |   |                                       |  | 2508000                       |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (DOS MILLONES QUINIENTOS OCHO MIL PESOS M/CTE )  |  |  |                                   |   |                                       |  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| VIGENCIA  | VR. CONTRATO (A)   | VR. ADICION (B)  |                                   | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C )               |                                       | VR. EJECUTADO (D)  | SALDO CONTRATO (A+B-C-D)      |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| VIGENCIA AÑO 2025   | 18.642.800   |  |                                   |   |                                       | 13.626.800   | \$ 5.016.000,00               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| TOTAL CONTRATO  | \$ 18.642.800,00   | \$ -   |                                   | \$ -  |                                       | \$ 13.626.800,00   | \$ 5.016.000,00               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| Nombre del Supervisor :Fabian Augusto Montoya Molina  |  |  |                                   | Fecha de notificación:20/02/2025                |                                       |  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| Plazo de ejecución  |  | FECHA DE INICIO  |                                   |   | FECHA DE TERMINACION                  |  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
|   |  | 20 de Febrero de 2025                                      |                                   |   | 31 de Octubre de 2025                 |  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| Vigencia del Contrato:  |  | En tiempo 09 Meses   |                                   |   |                                       |  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| Prorrogas:  |  | 1-<br>2-<br>3-   |                                   |   |                                       |  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| <p>NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pension 2025/08/11 y riesgos profesionales 2025/08/11 Planilla N°9489495228- correspondiente al mes de JULIO en mi condicion 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. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION</p> <p>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.</p> <p>NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro relacionado a continuacion:</p> |  |  |                                   |   |                                       |  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| REPUESTO  | EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO   | MARCA  | NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO        | PLACA DEL EQUIPO                                | NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN          | FECHA DE INGRESO   | NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)   | ESTADO (Destinado/ Substitucion otorgada) | CANTIDAD                    | NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACION | FECHA DE INSTALACION | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | OBSERVACIONES |  |
| NOTA 4: En las celdas debe registrar el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión  |  |  |                                   |   |                                       |  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| DESCRIPCION DEL EQUIPO  | SERIE  | PLACA  | AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO |   | No. de MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO |  | FECHA DE MANTENIMIENTO        |   | FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO | FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO       | 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.   |  |  |                                   |   |                                       |  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| <b>INFORMACIÓN GENERAL</b>  |  |  |                                   |   |                                       |  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| Entidad   | Nº Planilla  | Fecha de pago  | SALUD                             |   | PENSIÓN                               |  | RIESGOS PROFESIONALES         |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
|   |  |  | Entidad                           | Valor   | Entidad                               | Valor  | Entidad                       | Valor                                     |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| FORMATO   | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO  |  |                                   |   |                                       |  | COODIGO:                      | VERSIÓN                                   | 10                          |                                  |                      |                |             |               |  |
|   |  |  |                                   |   |                                       |  | Página:                       | 2 DE 2                                    |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR ( E ): Laura Juliana Linares Laverde   |  |  |                                   | FIRMA   |                                       |  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| NÚMERO DE CEDULA:   |  | 1.020.733.516 de Bogotá                                    |                                   |   |                                       |  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| CELULAR :   |  |  |                                   | CORREO: urgencias@hgmil.gov.co                  |                                       |  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:  |  |  |                                   |   |                                       |  |                               |   |                             |                                  |                      |                |             |               |  |
| DOCUMENTOS  |  |  |                                   |   |                                       |  |                               |   |                             | SI                               | Nº FOLIOS            |                |             |               |  |
| Informe de Actividades con sus soportes   |  |  |                                   |   |                                       |  |                               |   |                             | +                                | 1                    |                |             |               |  |
| Acta de supervisión y/o Factura   |  |  |                                   |   |                                       |  |                               |   |                             | +                                | 1                    |                |             |               |  |
| Pago de Seguridad Social  |  |  |                                   |   |                                       |  |                               |   |                             | +                                | 1                    |                |             |               |  |