


|  |   |  |  |                                       |                                |                                   |  |  |                                     |                                  |                      |                |             |               |
|--|---|--|--|---------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------|----------------|-------------|---------------|
| 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                          |  |                                       |                                |                                   |  | PAGINA 1 DE 2                                    |                                     |                                  |                      |                |             |               |
|  |   | SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI                           |  |                                       |                                |                                   |  |  |                                     |                                  |                      |                |             |               |
| Fecha:   | 20/3/2026   | INFORME DE SUPERVISOR                                      |  |                                       |                                | IBAMITE PARA PAGO                 | X  | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME |                                     | MARZO                            |                      |                |             |               |
| No. de Contrato:   | PS-0026-2026  |  |  |                                       | VALOR                          | \$ 60.444.000,00                  |  |  |                                     |                                  |                      |                |             |               |
| N° de Proceso en el SECOPI II /Tienda  | SP-GECO-0024-2026   |  |  |                                       |                                |                                   |  |  |                                     |                                  |                      |                |             |               |
| Objeto   | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PARA LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO (AREA DE PLANIFICACION DE TALENTO HUMANO) DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL |  |  |                                       |                                |                                   |  |  |                                     |                                  |                      |                |             |               |
| Nombre de Contratista  | JENNIFER HERNANDEZ HERNANDEZ  |  |  |                                       | NIT/CC                         | 52.979.719                        |  |  |                                     |                                  |                      |                |             |               |
| Clase de Contrato  | Prestación de servicios   |  |  |                                       | Modalidad de Contratación      | Contratación directa.             |  |  |                                     |                                  |                      |                |             |               |
| Cuenta Bancaria No.  | 036149466   |  | Banco:   | BBVA                                  |                                | Tipo de Cuenta:                   | Ahorros  | X  | Corriente                           |                                  |                      |                |             |               |
| Garantía Cumplimiento (Si aplica):   | Aseguradora (Si aplica):  |  | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):              |                                       |                                |                                   |  |  |                                     |                                  |                      |                |             |               |
| INFORMACIÓN PRESUPUESTAL   |   |  |  |                                       |                                |                                   |  |  |                                     |                                  |                      |                |             |               |
| VIGENCIA   | 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 FACTURA                                    | ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO | ALMACEN AL QUE INGRESA           | VALOR OBLIGACIÓN     |                |             |               |
| 2026   | 117526  | 9/01/2026  | 1175   | 9/01/2026                             | 119726                         | 13/01/2026                        | MARZO  |  |                                     |                                  | \$ 5.037.000,00      |                |             |               |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO   |   |  |  |                                       |                                |                                   |  |  |                                     |                                  | \$ 5.037.000,00      |                |             |               |
| VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Cinco millones treinta y siete 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)                         |                                     |                                  |                      |                |             |               |
| 2026   | 60.444.000,00   |  |  |                                       |                                |                                   | 15.111.000,00                                  | 45.333.000,00                                    |                                     |                                  |                      |                |             |               |
| TOTAL CONTRATO   | \$ 60.444.000,00  | \$ -   |  | \$ -                                  |                                |                                   | \$ 15.111.000,00                               | \$ 45.333.000,00                                 |                                     |                                  |                      |                |             |               |
| Nombre del Supervisor NADYA MICHELLE MARTINEZ SIERRA   |   |  |  |                                       |                                | Fecha de notificación: 12/01/2026 |  |  |                                     |                                  |                      |                |             |               |
| Plazo de ejecución   |   |  | FECHA DE INICIO  |                                       |                                | FECHA DE TERMINACION              |  |  |                                     |                                  |                      |                |             |               |
|  |   |  | 12/1/2026  |                                       |                                | 31/12/2026                        |  |  |                                     |                                  |                      |                |             |               |
| Vigencia del Contrato:   |   |  | vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más. |                                       |                                |                                   |  |  |                                     |                                  |                      |                |             |               |
| Prorrogas:   |   |  | En tiempo  |                                       |                                |                                   |  |  |                                     |                                  |                      |                |             |               |
|  |   |  | 1-   |                                       |                                |                                   |  |  |                                     |                                  |                      |                |             |               |
|  |   |  | 2-   |                                       |                                |                                   |  |  |                                     |                                  |                      |                |             |               |
|  |   |  | 3-   |                                       |                                |                                   |  |  |                                     |                                  |                      |                |             |               |
| <p>NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pension 2025/03/13 y riesgos profesionales 2025/03/13 Planilla N° 9500001080- correspondiente al mes de FEBRERO en mi condición de Supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (FEBRERO); 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 continuación:</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 (Instalado/ existencias 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 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 (Si aplica observaciones en el mes a presentar):   |   |  |  |                                       |                                |                                   |  |  |                                     |                                  |                      |                |             |               |
| NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$ 6.808.000 se deberá anexas 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: NADYA MICHELLE MARTINEZ SIERRA   |   |  |  |                                       |                                |                                   |  |  |                                     |                                  |                      |                |             |               |
| NÚMERO DE CEDULA: 53066950   |   |  |  |                                       |                                |                                   |  |  |                                     |                                  |                      |                |             |               |
| CELULAR : 315 6128662  |   |  | CORREO: nmmartinez@homil.gov.co                              |                                       |                                |                                   |  |  |                                     |                                  |                      |                |             |               |
| DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:   |   |  |  |                                       |                                |                                   |  |  |                                     |                                  |                      |                |             |               |
| DOCUMENTOS   |   |  |  |                                       |                                |                                   |  |  |                                     | SI                               | N° FOLIOS            |                |             |               |
| Informe de Actividades con sus soportes  |   |  |  |                                       |                                |                                   |  |  |                                     | x                                | 2                    |                |             |               |
| Acta de supervisión y/o Factura  |   |  |  |                                       |                                |                                   |  |  |                                     | x                                | 1                    |                |             |               |
| Pago de Seguridad Social   |   |  |  |                                       |                                |                                   |  |  |                                     | x                                |                      |                |             |               |