| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE A PAGO | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-0 |
|---|---|---|
| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS | FECHA DE EMISIÓN: 30-05-202 |
| | MANUAL: CONTRATACIÓN | VERSIÓN: 10 |
| | PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONE | |
| | SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI | PAGINA 1 DE 2 |

| Fecha: | 22/4/2026 | NFORME DE SUPERVISO | | TRAMITE PARA PAGO | x | MES DE PRESTACIO N DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | Abril |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. de Contrato: | SP-SSAA-1282-2025 | | | VALOR | 18980000 | | |
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual | SP-GECO-0448-2025 | | | | | | |
| Objeto | PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL | | | | | | |
| Nombre de Contratista | JARAMILLO NOGUERA DANIELA PAULINA | | | NIT/ CC | 1018501120 | | |
| Clase de Contrato | Prestación de Servicios | | | Modalidad de Contratación | Contratación Directa | | |
| Cuenta Bancaria No. | 0550488403664896 | Banco | DAVIVIENDA | Tipo de Cuenta: | Ahorros | X | Corriente |
| Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | | Aseguradora (Si aplica): | | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | | | |

| VIGENCIA | INFORMACIÓN PRESUPUESTAL | | | | | | No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO | FECHA FACTURA | ENTRADA ALMACEN Y/O SOPORTE INGRESO | ALMACEN AL QUE INGRESA | VALOR OBLIGACIÓ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No. | FECHA | DINAMICA No. | FECHA | Registro Presupuestal (RP) No. | FECHA CRP | | | | | |
| VIGENCIA AÑO 2026 | 56326 | 7/1/2026 | | | 53726 | 7/1/2026 | Abril | N/A | N/A | N/A | $ 2.140. |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | $2.140 |

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Dos millones ciento cuarenta mil pesos m/cte.

| VIGENCIA | VR. CONTRATO | VR. ADICION | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES | VR. EJECUTADO | SALDO CONTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA AÑO 2025 | $ 4.000.000 | | | $ 4.000.000 | $ |
| VIGENCIA AÑO 2026 | $ 14.980.000 | | | $ 8.560.000 | $ 6.420. |
| | | | | | |
| TOTAL CONTRATO | $18.980.000 | $0 | $0 | $12.560.000 | $6.420 |

| Nombre del Supervisc | NATHALIE GÓMEZ ANAYA | Fecha de notificación: | 1/11/2025 |
|---|---|---|---|
| Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | | FECHA DE TERMINACION |
| | 1/11/2025 | | 31/7/2026 |
| Vigencia del Contrato: VIGENCIA AÑO 2026 | | | |
| Prorrogas: | En tiempo | | |
| | 1- | | |
| | 2- | | |
| | 3- | | |

*NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/04/06 y riesgos profesionales 2026/04/06, Planilla N° 9501747398, correspondiente al mes de Marzo de 2026.
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de Marzo de 2026; así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividad 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"

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 ALMACEN | FECHA DE INGRESO | NÚMERO DE PARTE (SI APLICA) | ESTADO (Instalado/ existencias almacén) | CANTIDAD | NUMERO DE REPORTE DE INSTALACI | FECHA DE INSTALACIÓN | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | OBSERVA ES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la super

| 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 | OBSERVA ES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

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 $ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

| INFORMACIÓN GENERAL | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Entidad | N° Planilla | Fecha de pago | SALUD | | PENSION | | 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 Enc. | NATHALIE GÓMEZ ANAYA | FIRMA | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CEDULA: | 63,541,443 | | |
| CELULAR : | | CORREO: | nagomez@hommil.gov.co |

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

| DOCUMENTOS | SI | N° FOLIOS |
|---|---|---|
| Informe de Actividades con sus soportes | X | 1 |
| Acta de supervisión y/o Factura | X | 1 |
| Pago de Seguridad Social | X | 1 |