| 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: | 10 JUNIO 2026 | INFORME DE SUPERVISOR | X | TRAMITE PARA PAGO | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE | MAYO 2026 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. de Contrato: | SP-SUMD-0662-2025 | VALOR | $23.797.000,00 |
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual | SP-GECO-0375-2025 | | |
| Objeto | PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL | | |
| Nombre de Contratista | BAUTISTA MARTINEZ SARA NICOL | NIT/CC | 1019986333 |
| Clase de Contrato | PRESTACION DE SERVICIOS | Modalidad de Contratación | CONTRATACION DIRECTA |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cuenta Bancaria No. | 24137225877 | Banco: | BANCO CAJA SOCIAL | 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 | ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO | ALMACEN AL QUE INGRESA | VALOR OBLIGACIÓN |
| AÑO 2026 | 51026 | 07/01/2026 | | | 49226 | 07/01/2026 | MAYO 2026 | | | | $2.683.000,00 |
| | | | | | | | | | | | |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | $2.683.000,00 |

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL PESOS

| VIGENCIA | VALOR CONTRATO | VR. ADICION (B) | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C ) | VALOR EJECUTADO | SALDO CONTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| AÑO 2025 | $5.016.000,00 | | | $5.016.000,00 | $ 0,00 |
| AÑO 2026 | $18.781.000,00 | | | $13.415.000,00 | $5.366.000,00 |
| | | | | | |
| TOTAL CONTRATO | $23.797.000,00 | | | $18.431.000,00 | $5.366.000,00 |

| | |
|---|---|
| OBSERVACIONES:Realizo prestacion de servicio en el area conforme se encuentra en planilla de informacion de prestacion del servicio | |

| | |
|---|---|
| Nombre del Supervisor JEFE CLARA INES ESPITIA SÁNCHEZ | Fecha de notificación:09/03/2026 |

| 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- | |
| | 2- | |
| | 3- | |

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión79720793 y riesgos profesionales79720793 Planilla 79720793 – correspondiente al mes de ABRIL
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (ABRIL); 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 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 | Nº 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 CLARA INES ESPITIA SÁNCHEZ
SERVIDOR MISIONAL EN SANIDAD MILIATR
SERVICIO DE ENFERMERIA
SUPERVISORA DEL CONTRATO

| NÚMERO DE CEDULA: | 52.363.769 |
|---|---|
| CELULAR : | CORREO: clasanchez@homil.gov.co |

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

| DOCUMENTOS | SI | Nº FOLIOS |
|---|---|---|
| Informe de Actividades con sus soportes | 1 | 1 |
| Acta de supervisión y/o Factura | 1 | 1 |
| Pago de Seguridad Social | 1 | 1 |