

|                                                                                   |                                                                                                                                                                  |                                                            |                                                 |                           |                                |                                          |                                                |       |                                     |                        |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|-------|-------------------------------------|------------------------|------------------|
| 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:                                                                            | 22 JUNIO 2026                                                                                                                                                    | INFORME DE SUPERVISOR                                      | X                                               | TRAMITE PARA PAGO         | X                              | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE | JUNIO 2026                                     |       |                                     |                        |                  |
| No. de Contrato:                                                                  | SP-SUMD-1404-2025                                                                                                                                                |                                                            |                                                 | VALOR                     | \$40.248.400,00                |                                          |                                                |       |                                     |                        |                  |
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual                                      | SP-GECO-0461-2025                                                                                                                                                |                                                            |                                                 |                           |                                |                                          |                                                |       |                                     |                        |                  |
| Objeto                                                                            | PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL |                                                            |                                                 |                           |                                |                                          |                                                |       |                                     |                        |                  |
| Nombre de Contratista                                                             | CASAS BALLESTEROS DANIELA                                                                                                                                        |                                                            |                                                 | NIT/CC                    | 1007428788                     |                                          |                                                |       |                                     |                        |                  |
| Clase de Contrato                                                                 | PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                                                                          |                                                            |                                                 | Modalidad de Contratación | CONTRATACION DIRECTA           |                                          |                                                |       |                                     |                        |                  |
| Cuenta Bancaria No.                                                               | 0550488436511502                                                                                                                                                 | 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                                                                                                                                         |                                                            |                                                 |                           |                                |                                          | No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO | FECHA | ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO | ALMACÉN AL QUE INGRESA | VALOR OBLIGACIÓN |
|                                                                                   | Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.                                                                                                             | FECHA                                                      | DINAMICA No.                                    | FECHA                     | Registro Presupuestal (RP) No. | FECHA CRP                                |                                                |       |                                     |                        |                  |
| AÑO 2026                                                                          | 27226                                                                                                                                                            | 2026-01-07                                                 | 10                                              |                           | 27226                          | 2026-01-07                               | JUNIO 2026                                     |       |                                     |                        | \$4.661.068,00   |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO                                                        |                                                                                                                                                                  |                                                            |                                                 |                           |                                |                                          |                                                |       |                                     |                        | \$4.661.068,00   |

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y UN MIL SESENTA Y OCHO PESOS

| VIGENCIA       | VALOR CONTRATO  | VR. ADICION (B) | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C ) | VALOR EJECUTADO | SALDO CONTRATO |
|----------------|-----------------|-----------------|-----------------------------------|-----------------|----------------|
| AÑO 2025       | \$5.290.400,00  |                 |                                   | \$5.290.400,00  | \$ 0,00        |
| AÑO 2026       | \$34.958.000,00 |                 |                                   | \$29.319.868,00 | \$5.638.132,00 |
| TOTAL CONTRATO | \$40.248.400,00 |                 |                                   | \$34.610.268,00 | \$5.638.132,00 |

|                                                                                                                                      |                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| OBSERVACIONES: Realizo prestación de servicio en el area conforme se encuentra en planilla de informacion de prestación del servicio | No prestación de servicios el 14 y 15/06/2026 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |       |                            |                  |                      |                  |                             |                                           |          |                                  |                      |                |             |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------|----------------------------|------------------|----------------------|------------------|-----------------------------|-------------------------------------------|----------|----------------------------------|----------------------|----------------|-------------|---------------|
| Plazo de ejecución                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | FECHA DE INICIO                      |       | FECHA DE TERMINACION       |                  |                      |                  |                             |                                           |          |                                  |                      |                |             |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 27/11/2025                           |       | 31/07/2026                 |                  |                      |                  |                             |                                           |          |                                  |                      |                |             |               |
| Vigencia del Contrato:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 31/07/2026                           |       |                            |                  |                      |                  |                             |                                           |          |                                  |                      |                |             |               |
| PRORROGAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | En tiempo                            |       |                            |                  |                      |                  |                             |                                           |          |                                  |                      |                |             |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1-                                   |       |                            |                  |                      |                  |                             |                                           |          |                                  |                      |                |             |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2-                                   |       |                            |                  |                      |                  |                             |                                           |          |                                  |                      |                |             |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 3-                                   |       |                            |                  |                      |                  |                             |                                           |          |                                  |                      |                |             |               |
| NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 89690676 y riesgos profesionales 89690676 Planilla 89690676 – correspondiente al mes de MAYO<br>En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (MAYO); 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 detallada el cuadro relacionado a continuación:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                      |       |                            |                  |                      |                  |                             |                                           |          |                                  |                      |                |             |               |
| 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 o 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 | SERIE | PLAC | AREA DONDE SE ENCUENTRA | No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO | FECHA DE ENTRADA | FECHA DE 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.

| 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 CLARA NÉS ESPITIA SÁNCHEZ<br>SERVIDOR MISIONAL EN SANIDAD MILITAR<br>SERVICIO DE ENFERMERIA<br>SUPERVISORA DEL CONTRATO |  |
| NÚMERO DE CEDULA:                   | 52.363.769                      |                                                                                                                              |  |
| CELULAR:                            | CORREO: clasanchez@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         |