


| | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---------------------------|--------------------------------|--|--|-----------|-------------------------------------|------------------------|------------------|
| 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: | 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-1435-2025 | | | VALOR | \$20.118.600,00 | | | | | | |
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual | SP-GECO-0458-2025 | | | | | | | | | | |
| 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 | RINCON CRUZ DIANA VALENTINA | | | NIT/CC | 1068973619 | | | | | | |
| Clase de Contrato | PRESTACION DE SERVICIOS | | | Modalidad de Contratación | CONTRATACION DIRECTA | | | | | | |
| Cuenta Bancaria No. | 542384128 | Banco: | BANCO BOGOTA | | Tipo de Cuenta: | Ahorros | X | Corriente | | | |
| Garantía Cumplimiento (Si aplica): | Asegurador a (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 | 21526 | 07/01/2026 | | | 21526 | 07/01/2026 | JUNIO 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 | \$1.337.600,00 | | | \$1.337.600,00 | \$ 0,00 |
| AÑO 2026 | \$18.781.000,00 | | | \$16.098.000,00 | \$2.683.000,00 |
| TOTAL CONTRATO | \$20.118.600,00 | | | \$17.435.600,00 | \$2.683.000,00 |

| | |
|----------------|--|
| OBSERVACIONES: | |
|----------------|--|

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

| | | | | |
|--------------------|-----------------|--|----------------------|--|
| Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | | FECHA DE TERMINACION | |
| | 15/12/2025 | | 31/07/2026 | |

| | |
|------------------------|------------|
| Vigencia del Contrato: | 31/07/2026 |
|------------------------|------------|

| | |
|-----------|-----------|
| PRORROGAS | En tiempo |
| | 1- |
| | 2- |
| | 3- |

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 92774103 y riesgos profesionales 92774103 Planilla 92774103 – correspondiente al mes de MAYO
 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 detalla da el cuadro reacionado 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 almacén) | CANTIDAD | NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACION | FECHA DE INSTALACION | 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 | FECHA DE ENTRA | 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 | | FORMATO |
| | | | Entidad | Valor | Entidad | Valor | Entidad | Valor | |
| | | | | | | | | | |
| INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | | | | | | | CODIGO: | VERSIÓN | 10 |
| | | | | | | | Página: | 2 DE 2 | |

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:
CLARA I. ESPITIA S.
 JEFE CLARA INES ESPITIA SANCHEZ
 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 | N° FOLIOS |
|---|----|-----------|
| Informe de Actividades con sus soportes | 1 | 1 |
| Acta de supervisión y/o Factura | 1 | 1 |
| Pago de Seguridad Social | 1 | 1 |