

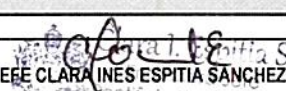
<div>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</div> <div></div>		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05					
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024					
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10					
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					PAGINA 1 DE 2					
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI										
Fecha:	17 JULIO 2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	JULIO 2026					
No. de Contrato:	SP-SUMD-0727-2025				VALOR	\$23.797.000,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0376-2025											
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	QUINTERO RODRIGUEZ CHELSY YULIED				NIT/CC	1000333815						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	0083611269	Banco:	BBVA		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	55726	07/01/2026			53226	07/01/2026	JULIO 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	\$12.588.000,00		\$18.423.268,00	\$12.945.732,00
TOTAL CONTRATO	\$23.797.000,00	\$12.588.000,00		\$23.439.268,00	\$12.945.732,00

OBSERVACIONES:	
----------------	--

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

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION																																																																																																																																																	
	01/11/2025		31/07/2026																																																																																																																																																	
Vigencia del Contrato:	31/07/2026																																																																																																																																																			
PRORROGAS	En tiempo																																																																																																																																																			
	1-30/11/2026																																																																																																																																																			
	2-																																																																																																																																																			
	3-																																																																																																																																																			
<p>NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 950657618 y riesgos profesionales 950657618 Planilla 950657618 – correspondiente al mes de JUNIO</p> <p>En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JUNIO); 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.</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 detallada el cuadro relacionado a continuación:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>REPUESTO</th> <th>EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO</th> <th>MARCA</th> <th>NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO</th> <th>PLACA DEL EQUIPO</th> <th>NÚMERO DE ENTRADA AL</th> <th>FECHA DE INGRESO</th> <th>NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)</th> <th>ESTADO (instalado, existencia o almacén)</th> <th>CANTIDAD</th> <th>NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN</th> <th>FECHA DE INSTALACIÓN</th> <th>VALOR UNITARIO</th> <th>VALOR TOTAL</th> <th>OBSERVACIONES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIPCION DEL</th> <th>SERIE</th> <th>PLAC</th> <th>AREA DONDE SE ENCUENTRA</th> <th>No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO</th> <th>FECHA DE ENTRADA</th> <th>FECHA DE OBSERVACIONES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>OBSERVACIONES</p> <p>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.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="8">INFORMACIÓN GENERAL</th> </tr> <tr> <th>Entidad</th> <th>N° Planilla</th> <th>Fecha de pago</th> <th colspan="2">SALUD</th> <th colspan="2">PENSIÓN</th> <th>RIESGOS PROFESIONALES</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>Entidad</td> <td>Valor</td> <td>Entidad</td> <td>Valor</td> <td>Entidad</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FORMATO</td> <td colspan="5">INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO</td> <td>CODIGO:</td> <td>VERSIÓN</td> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="5"> </td> <td>Página:</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="5"> </td> <td> </td> <td>2 DE 2</td> </tr> </tbody> </table> <p>NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:</p> <p style="text-align: center;">  JEE CLARA INES ESPITIA SANCHEZ SERVIDOR MISIONAL EN SANIDAD MILITAR SERVICIO DE ENFERMERIA SUPERVISORA DEL CONTRATO </p> <p>NÚMERO DE CEDULA:</p> <p style="text-align: center;">52.363.769</p> <p>CELULAR:</p> <p style="text-align: right;">CORREO: clasanchez@homil.gov.co</p>					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 INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES																																														DESCRIPCION DEL	SERIE	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE OBSERVACIONES																						INFORMACIÓN GENERAL								Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES				Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad									FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO					CODIGO:	VERSIÓN							Página:	10								2 DE 2
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 INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES																																																																																																																																						
DESCRIPCION DEL	SERIE	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE OBSERVACIONES																																																																																																																																														
INFORMACIÓN GENERAL																																																																																																																																																				
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES																																																																																																																																													
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad																																																																																																																																													
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO					CODIGO:	VERSIÓN																																																																																																																																													
						Página:	10																																																																																																																																													
							2 DE 2																																																																																																																																													

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