

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:	11 AGOSTO 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-0732-2025			VALOR	\$36.385.000,00						
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	RINCON ROMERO DANIEL STIVEN			NIT/CC	1000773249						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	0550488416050844	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	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	64826	07/01/2026			61826	07/01/2026	JULIO 2026				\$2.683.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$2.683.000,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRASDOS 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				\$18.250.235,00		\$13.118.765,00		
TOTAL CONTRATO	\$23.797.000,00		\$12.588.000,00				\$23.266.235,00		\$13.118.765,00		
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-													
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 86747313 y riesgos profesionales 86747313 Planilla 86747313 – correspondiente al mes de JUNIO 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. 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 almacenar)	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	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	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.

NOTA 3: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$ 3.000.000 de pesos chilenos, el sistema podrá:									
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:

Karen Vekgara
JEFE KAREN CENILIA VERGARA CASTELLÓN
SERVIDOR MISIONAL EN SALUD MILITAR
SERVIDOR DE ENFERMERIA
SUPERVISORA DEL CONTRATO

NÚMERO DE CEDULA:

55231578

CELULAR:

CORREO: kvergara@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