| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05 |
|---|---|---|
| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS | FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024 |
| | MANUAL: CONTRATACION | VERSIÓN: 10 |
| | PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES | |
| | SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI | PAGINA 1 DE 2 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 24/08/2026 | **INFORME DE SUPERVISOR** | | **TRAMITE PARA PAGO** | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | **AGOSTO** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. de Contrato:** | SP-SSAA 1111-2025 | **VALOR** | 62.390.000 |
| **N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual** | SP-GECO-0405-2025 | | |
| **Objeto** | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL | | |
| **Nombre de Contratista** | CLAUDIA LILIANA ROJAS CONTRERAS | **NIT/ CC** | 52.812.239 |
| **Clase de Contrato** | PRESTACION DE SERVICIOS | **Modalidad de Contratación** | DIRECTA |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cuenta Bancaria No.** | **1011638178** | **Banco:** | SCOTIABANK COLPATRIA | | **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 FACTURA | ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO | ALMACEN AL QUE INGRESA | VALOR OBLIGACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No. | FECHA | DINAMICA No. | FECHA | Registro Presupuestal (RP) No. | FECHA CRP | | | | | |
| **VIGENCIA AÑO (2026)** | **89726** | **8/01/2026** | **897** | **8/01/2026** | **85826** | **8/01/2026** | **AGOSTO** | | | | **4.848.000** |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO** | | | | | | | | | | | **4.848.000** |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE**

| VIGENCIA | VR. CONTRATO (A) | VR. ADICION (B) | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C ) | VR. EJECUTADO (D ) | SALDO CONTRATO (A+B-C-D) |
|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA AÑO-2025 | 9.062.000 | | | 9.062.000 | |
| VIGENCIA AÑO-2026 | 33.936.000 | 19.392.000 | | 38.784.000 | 14.544.000 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| **TOTAL CONTRATO** | **$ 42.998.000,00** | 19.392.000 | **$ -** | **$ 47.846.000,00** | **14.544.000** |

| | |
|---|---|
| **Nombre del Supervisor : XILENA FAIZULY BETANCUR** | **Fecha de notificación: 01/11/2025** |

| | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|
| **Plazo de ejecución** | 1/11/2025 | 31/07/2026 |
| **Vigencia del Contrato:** | 9 MESES | |
| **Prorrogas:** | **En tiempo** | |
| | **1-** agosto 1/2026 a noviembre 30/2026 | |
| | **2-** | |
| | **3-** | |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y riesgos profesionales con fecha: 2026/08/05 Planilla N° 9508359517 correspondiente al mes de AGOSTO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (AGOSTO); 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. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

**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 ALMACEN | FECHA DE INGRESO | NÚMERO DE PARTE (SI APLICA) | ESTADO (Instalado/ existencias 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

| DESCRIPCION DEL EQUIPO | SERIE | PLACA | AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO | No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO | FECHA DE MANTENIMIENTO | FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO | FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

**OBSERVACIONES** (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

**NOTA 5:** En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 7.575.000 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:** SMSM XILENA FAIZULY BETANCUR ORTIZ | | **FIRMA** |  |
| **NÚMERO DE CEDULA:** | 1.013.613.194 DE BOGOTA | | |
| **CELULAR :** 3132856073 | | **CORREO**: xbetancur@homil.gov.co | |

**DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:**

| DOCUMENTOS | SI | N° FOLIOS |
|---|---|---|
| **Informe de Actividades con sus soportes** | | |
| **Acta de supervisión y/o Factura** | | |
| **Pago de Seguridad Social** | | |