

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 SEPTIEMBRE 2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	SEPTIEMBRE 2026
No. de Contrato:	SP-SUMD-0733-2025			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	RODRIGUEZ CALDERON YESICA			NIT/CC	1233499345		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA		
Cuenta Bancaria No.	033515677	Banco:	BANCO BOGOTA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Asegurador a (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):				
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO
AÑO 2026	69726	07/01/2026			66726	07/01/2026	SEPTIEMBRE 2026
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO							\$3.147.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y SIETE 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		\$24.596.901,00	\$6.772.099,00
TOTAL CONTRATO	\$23.797.000,00	\$12.588.000,00		\$29.612.901,00	\$6.772.099,00

OBSERVACIONES: Realizo prestación de servicio en el area conforme se encuentra en planilla de informacion de prestacion del servicio

Nombre del Supervisor JEFE KAREN CECILIA VERGARA CASTELLÓN

Fecha de notificación: 16/07/2026

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 8394668219 y riesgos profesionales 8394668219 Planilla 8394668219 – correspondiente al mes de AGOSTO</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 (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.</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>														
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	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:		<p>JEFE KAREN DÉCILA VERGARA CASTELLÓN</p> <p>SERVIDOR MISIONAL EN SANIDAD MILITAR</p> <p>SERVICIO DE ENFERMERIA</p> <p>SUPERVISORA DEL CONTRATO</p>	
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