

<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:	30 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-0840-2025			VALOR	\$36.385.000,00			
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0379-2025							
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	ROJAS TIBAVIZCO ERIKA LISSETH			NIT/CC	1033712648			
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA			
Cuenta Bancaria No.	044486843	Banco:	BANCO DE 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							VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RPI) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	
AÑO 2026	86126	08/01/2026			82426	07/01/2026	SEPTIEMBRE 2026	\$2.098.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO								\$2.098.000,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES NOVENTA Y OCHO 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				\$21.883.672,00	\$9.485.328,00	
TOTAL CONTRATO	\$23.797.000,00	\$12.588.000,00				\$26.899.672,00	\$9.485.328,00	
OBSERVACIONES:Realizo prestacion de servicio en el area conforme se encuentra en planilla de informacion de prestacion del servicio					No prestacion de servicios el 17,18,25,26/08/2026 INCAPACIDAD EL 27/08/2026,INCAPACIDAD 30 Y 31/08/2026, 01/09/2026, 14 15/09/2026			
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 9510026807 y riesgos profesionales 9510026807 Planilla 9510026807 – 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 reaccionado 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 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	SERIE	PLAC	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.

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:	VERSION	10
							Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:

Karen Vergara Castellón
 JEFE KAREN CECILIA VERGARA CASTELLÓN
 SERVIDOR MISIONAL EN SANIDAD MILITAR
 SERVICIO 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