


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					
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SEI				PAGINA 1 DE 2	

Fecha:	15/8/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	ago-25
--------	-----------	-----------------------	---	-------------------	---	--	--------

No. de Contrato:	SP-SSAA-0332-2025			VALOR	\$	15.866.650,00
------------------	-------------------	--	--	-------	----	---------------

Iº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0231-2025					
--	-------------------	--	--	--	--	--

Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL SERVICIO DE MÁGNETES DIAGNÓSTICAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA HOSPITAL MILITAR CENTRAL.					
--------	---	--	--	--	--	--

Nombre de Contratista	HUBER DANIEL GARCIA DELGADO			NIT/IDC	1011096921	
-----------------------	-----------------------------	--	--	---------	------------	--

Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	PRESTACION DE SERVICIOS	
-------------------	-------------------------	--	--	---------------------------	-------------------------	--

Cuenta Bancaria No.	488452655316	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 FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMIC A No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO (:2024)	141525	3/3/2025	525	03/03/202	152125	30/2025	AGOSTO	N/A			\$ 2.000.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO:	\$ 2.000.000,00
-----------------------------	-----------------

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Dos millones de pesos M/cte.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES /o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO:(2025)	\$ 15.866.650,00			\$ 11.866.650,00	\$ 4.000.000,00
VIGENCIA AÑO:(2026)	\$ -			\$ -	\$ -
VIGENCIA AÑO:	\$ -				\$ -
TOTAL CONTRATO	\$ 15.866.650,00	\$ -	\$ -	\$ 11.866.650,00	\$ 4.000.000,00

Nombre del Supervisor	SARGENTO VIEPRIMERO MILTON JAVIER OSPINA BUITRAGO	Fecha de notificación:	29/08/2025
-----------------------	---	------------------------	------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION	
	3/3/2025		31/10/2025	

Vigencia del Contrato:	31 DE OCTUBRE 2025			
------------------------	--------------------	--	--	--

Prorrogas:	En tiempo - igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más			
	1-			
	2-			
	3-			

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y Riesgos Profesionales 25/07/2025 Planilla N° 9489235970 – correspondiente al mes de JULIO 2025. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de dicho mes (JULIO); así mismo certifico que el/la contratista presentó el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo.
DOY POR RECIBIDO A SATISFACCIÓN

NOTA 2: De acuerdo a sus actividades emitidas en el contrato como prestador de servicios AUXILIAR DE GESTIÓN, cumplo con sus actividades para el mes de AGOSTO 2025, por lo anterior se autoriza para la cancelación de sus haberes como corresponde para el mes de AGOSTO 2025.

NOTA 3: Omitido

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/ existencia s 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 (el que se está haciendo) la supervisión

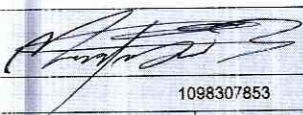
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

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 \$ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL										
Entidad	N° Plan Ila	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES			
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor		
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO No. 6						CODIGO:	VERSIÓN	10	
							Página:	2 DE 2		

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Sargento Viceprimero: Milton Javier Ospina



NÚMERO DE CEDULA:

1098307853

CELULAR : 3106809912 CORREO: mjospina@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		1
Acta de supervisión y/o Factura		1
Pago de Seguridad Social		1

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1011096921		GARCIA DELGADO HUBER DANIEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	transversal 112C #64D-15	BOGOTA-BOGOTA, D.E.	3155636670	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	1000000462	9489235970	1	2025/08/06	2025/07/25	BANCO DE BOGOTA	0	\$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES, MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
COLMIENA	14-25	800,226,175	3	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
SANITAS	EP5005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	dv	GARCIA DELGADO HUBER DANIEL		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		trasversal 112C #64D-15		BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.		3153636670		No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION															
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Dias Mora		Valor			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Barco	Barco	Dias Mora	Valor				
2025-07	2025-07	1000000462	9489235970			2025/08/06	2025/07/25	IBANCO DE BOGOTÁ	IBANCO DE BOGOTÁ	0	\$440,500				

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES									
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	Planilla	IBC	Aporte	Codigo	Dias	Planilla	IBC	Aporte	Codigo	Dias	Planilla	IBC	Aporte	Codigo	Dias	Planilla	IBC	Aporte	Codigo	Dias	Planilla	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,423,500	\$227,800				\$1,423,500	\$178,000				\$0	\$0					\$1,423,500	\$34,700					\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,423,500	\$227,800				\$1,423,500	\$178,000				\$0	\$0					\$1,423,500	\$34,700					\$0	\$0
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)						\$1,423,500	\$227,800				\$1,423,500	\$178,000				\$0	\$0					\$1,423,500	\$34,700					\$0	\$0
1	CC	1011096921	GARCIA HUBER	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS005	30		\$1,423,500	\$178,000		0	14-25	\$0	\$54,700				\$1,423,500	\$34,700					\$0	\$0	
Total Afiliados (1)						\$1,423,500	\$227,800				\$1,423,500	\$178,000				\$0	\$54,700					\$1,423,500	\$34,700				\$0	\$0	