



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:	21-10-2025	<u>INFORME DE SUPERVISOR</u>		<u>TRAMITE PARA PAGO</u>	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	<u>OCTUBRE</u>							
No. de Contrato:	SP-SUFI-0980-2024		<u>VALOR</u>		\$ 34.630.000,00									
Nº de Proceso en el SECOP II Tienda virtual	SP-SECO-0506-2024													
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO REVISOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA-HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	CASTAÑO OSPITIA MAYRA YORELY			NIT/ CC		1018452279								
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIO		Modalidad de Contratación			CONTRATACIÓN DIRECTA								
Cuenta Bancaria No.	004870366053	Banco :	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente						
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	N/A	Aseguradora (Si aplica):	N/A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	N/A									
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	FECHA FACTURACION	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
AÑO 2025	25725	9/01/2025	257		22625	9/01/2025	OCTUBRE				\$ 3.463.000,00			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 3.463.000,00			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	TRES MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES MIL PESOS													
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)		VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)							
AÑO 2024	\$ 115.433,00	\$ 0.00		\$ 0.00		\$ 115.433,00	\$ 0.00							
AÑO 2025	\$ 34.514.567,00	\$ 0.00		\$ 0.00		\$ 34.514.567,00	\$ -							
TOTAL CONTRATO	\$ 34.630.000,00	\$ 0.00		\$ 0.00		\$ 34.630.000,00	\$ -							
Nombre del Supervisor	Dra. Marta Edy Ariza Mateus					Fecha de notificación:	21-01-2025							
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION								
	31/12/2024					31/10/2025								
Vigencia del Contrato:	10 MESES													
Prorrogas:	En tiempo													
	1-													
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2/10/2025 y riesgos profesionales 2/10/2025 Planilla N° - 7985157191 correspondiente al mes de SEPTIEMBRE DE 2025, en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de SEPTIEMBRE DE 2025; 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 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 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 \$ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.														
INFORMACIÓN GENERAL														
Entidad	Nº 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:	Dra. Marta Edy Ariza Mateus	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	63.433.451		
CELULAR :	3156492792	CORREO:	maariza@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	X	1