| 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 SGI | PAGINA 1 DE 2 |

| Fecha: | 09-12-2025 | INFORME DE SUPERVISOR | | TRAMITE PARA PAGO | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | DICIEMBRE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. de Contrato: | SP-SUFI-0479-2025 | VALOR | $ 32.861.000,00 |
| N° de Proceso en el SECOP II Tienda virtual | SP-GECO-0358-2025 | | |
| Objeto | PRESTACION DE SERVICIOS COMO REVISOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS RP DG 3392 | | |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|

| | INFORMACIÓN PRESUPUESTAL | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA | 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 FACTURA | ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO | ALMACEN AL QUE INGRESA | VALOR OBLIGACIÓN |
| AÑO 2025 | 221625 | 10/09/2025 | 2216 | | 336525 | 16/10/2025 | DICIEMBRE | | | | $ 3.463.000,00 |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | |

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 2025 | $ 6.926.000,00 | $ 0.00 | $ 0.00 | $ 6.926.000,00 | $ - |
| AÑO 2026 | $ 25.935.000,00 | $ 0.00 | $ 0.00 | $ 0.00 | $ 25.935.000,00 |
| TOTAL CONTRATO | $ 32.861.000,00 | $ 0.00 | $ 0.00 | $ 6.926.000,00 | $ 25.935.000,00 |

Nombre del Supervisor Dra. Marta Edy Ariza Mateus — Fecha de notificación: 22-10-2025

| Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|
| | 1/11/2025 | 31/07/2026 |
| Vigencia del Contrato: | 9 MESES | |
| Prorrogas: | En tiempo | |
| | 1- | |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 1/12/2025 y riesgos profesionales 1/12/2025 Planilla N° – 7993471725 correspondiente al mes de NOVIEMBRE 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 NOVIEMBRE 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 detalla da 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** | **N° Planilla** | **Fecha de pago** | **SALUD** | | **PENSIÓN** | | **RIESGOS PROFESIONALES** | |
| | | | **Entidad** | **Valor** | **Entidad** | **Valor** | **Entidad** | **Valor** |
| | | | | | | | | |



| **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** | **N° FOLIOS** |
|---|---|---|
| **Informe de Actividades con sus soportes** | **X** | **1** |
| **Acta de supervisión y/o Factura** | | |
| **Pago de Seguridad Social** | **X** | **1** |