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:	23-01-2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	ENERO

No. de Contrato:	SP-SUFI-0851-2025	VALOR	$ 24.311.000,00
N° de Proceso en el SECOP II Tienda virtual	SP-GECO-0380-2025		
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA-HOSPITAL MILITAR CENTRAL RP DG 3737		
Nombre de Contratista	AGATON JUAN PABLO	NIT/ CC	79882304
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIO	Modalidad de Contratación	CONTRATACIÓN DIRECTA

Cuenta Bancaria No.	24058548792	Banco:	BANCO CAJA SOCIAL 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 2026	105426	8/01/2026	1054	8/01/2026	99926	8/01/2026	ENERO				$ 2.741.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y UN 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	$ 5.124.000,00	$ 0.00	$ 0.00	$ 5.124.000,00	$ -
AÑO 2026	$ 19.187.000,00	$ 0.00	$ 0.00	$ 2.741.000,00	$ 16.446.000,00
TOTAL CONTRATO	$ 24.311.000,00	$ 0.00	$ 0.00	$ 7.865.000,00	$ 16.446.000,00

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

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 2/01/2026 y riesgos profesionales 2/01/2026 Planilla N° – 9496724673 correspondiente al mes de DICIEMBRE 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 DICIEMBRE 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**

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