| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05 |
|---|---|---|
| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | 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-0503-2025 | VALOR | $ 54.334.000,00 |
| N° de Proceso en el SECOP II Tienda virtual | SP-GECO-0359-2025 | | |
| Objeto | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUDITOR FINANCIERO PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA-HOSPITAL MILITAR CENTRAL RPD DG 3522 | | |
| Nombre de Contratista | VELANDIA MARTA ORLANDO ALBERTO | NIT/ CC | 80800403 |
| Clase de Contrato | PRESTACIÓN DE SERVICIO | Modalidad de Contratación | CONTRATACIÓN DIRECTA |

| Cuenta Bancaria No. | 488418120215 | Banco: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta: | Ahorros | X | Corriente | 2450400 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 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 | 39026 | 7/01/2026 | 390 | 7/01/2026 | 37726 | 7/01/2026 | ENERO | | | | $ 6.126.000,00 |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | |

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SEIS MILLONES CIENTO VEINTISÉIS 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 | $ 11.452.000,00 | $ 0.00 | $ 0.00 | $ 11.452.000,00 | $ - |
| AÑO 2026 | $ 42.882.000,00 | $ 0.00 | $ 0.00 | $ 6.126.000,00 | $ 36.756.000,00 |
| TOTAL CONTRATO | $ 54.334.000,00 | $ 0.00 | $ 0.00 | $ 17.578.000,00 | $ 36.756.000,00 |

| Nombre del Supervisor | Dra. Marta Edy Ariza Mateus | Fecha de notificación: | 10/16/2025 |
|---|---|---|---|

| 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 30/12/2025 y riesgos profesionales 30/12/2025 Planilla N° – 7997463107 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 |