



<b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>		<b>FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO</b>					<b>CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05</b>							
		<b>UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS</b>					<b>FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024</b>							
		<b>MANUAL: CONTRATACION</b>					<b>VERSIÓN: 10</b>							
		<b>PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES</b>												
<b>SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI</b>									<b>PAGINA 1 DE 2</b>					
Fecha:	22-04-2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO		<b>X</b>		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	ABRIL					
No. de Contrato:	SP-SUFI-0223-2026		VALOR		\$ 25.220.200,00									
Nº de Proceso en el SECOP II Tienda virtual	PS-GECO-0182-2026													
Objeto	AUXILIAR DE ENFERMERIA													
Nombre de Contratista	AMORTEGUI HERNANDEZ DIANA YULIETH				NIT/ CC		1023890150							
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIO			Modalidad de Contratación			CONTRATACIÓN DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.	24063795019	Barco:	CAJA SOCIAL		Tipo de Cuenta:	Ahorros	<b>X</b>		Corriente					
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	N/A		Aseguradora (Si aplica):	N/A		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	N/A							
INFORMACION 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	FEC HA FAC TUR A	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
AÑO 2026	142926	13/02/2026		13/02/2026	151726	19/02/2026	ABRIL				\$ 2.683.000,00			
<b>VALOR AUTORIZADO PARA PAGO</b>														
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA 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			\$ 0.00			\$ 0.00								
AÑO 2026	\$ 25.220.200,00		\$ 0.00			\$ 0.00		\$ 6.439.200,00		\$ 18.781.000,00				
TOTAL CONTRATO	\$ 25.220.200,00		\$ 0.00			\$ 0.00				\$ 18.781.000,00				
Nombre del Supervisor	Dra. Marta Edy Ariza Mateus					Fecha de notificación: 19/02/2026								
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION								
	19/02/2026					30/11/2026								
Vigencia del Contrato:	10 MESES													
Prorrogas:	En tiempo 1-													
<b>NOTA 1:</b> Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 10/04/2026 y riesgos profesionales 10/04/2026 Planilla N° – 1079911630 correspondiente al mes de MARZO DE 2026, en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de MARZO DE 2026; 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 dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION														
<b>NOTA 2:</b> 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.														
<b>NOTA 3:</b> 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
<b>NOTA 4:</b> 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						
<b>OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):</b>														
<b>NOTA 5:</b> 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