
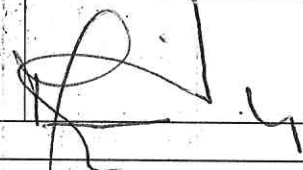


<b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>		<b>FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO</b>					<b>CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05</b>							
		<b>UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS</b>					<b>FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024</b>							
		<b>MANUAL: CONTRATACION</b>					<b>VERSIÓN: 10</b>							
		<b>PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES</b>					<b>PAGINA 1 DE 2</b>							
<b>SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI</b>														
Fecha:	22-04-2026	<u>INFORME DE SUPERVISOR</u>		<u>TRAMITE PARA PAGO</u>		<b>X</b>		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		<u>ABRIL</u>				
No. de Contrato:	SP-SUFI-1017-2025		<u>VALOR</u>		\$ 23.797.000,00									
Nº de Proceso en el SECOP II Tienda virtual	SP-GECO-0398-2025													
Objeto	AUXILIAR DE ENFERMERIA													
Nombre de Contratista	RODRIGUEZ MARTINEZ JUAN CAMILO				<u>NIT/ CC</u>		1000832878							
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIO			<u>Modalidad de Contratación</u>			CONTRATACIÓN DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.	4792031279		<u>Banco:</u>		SCOTTIBANK COLPATRIA SA		<u>Tipo de Cuenta:</u>		Ahorros	X	Corriente			
<u>Garantía Cumplimiento (Si aplica):</u>		N/A		<u>Aseguradora (Si aplica):</u>		N/A		<u>Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):</u>				N/A		
<b>INFORMACIÓN PRESUPUESTAL</b>														
<u>VIGENCIA</u>	<u>Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.</u>	<u>FECHA</u>	<u>DINAMICA No.</u>	<u>FECHA</u>	<u>Registro Presupuestal (RP) No.</u>	<u>FECHA CRP</u>	<u>No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO</u>	<u>FEC HA FAC TUR A*</u>	<u>ENTRAD A ALMACÉ N Y/O SOPORTE INGRES O</u>	<u>ALMACEN AL QUE INGRESA</u>	<u>VALOR OBLIGACIÓN</u>			
AÑO 2026	111526	8/01/2026	1115	8/01/2026	104126	8/01/2026	ABRIL				\$ 2.683.000,00			
<b>VALOR AUTORIZADO PARA PAGO</b>														
<b>VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL PESOS</b>														
<u>VIGENCIA</u>	<u>VR. CONTRATO (A)</u>		<u>VR. ADICION (B)</u>			<u>REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)</u>		<u>VR. EJECUTADO (D)</u>		<u>SALDO CONTRATO (A+B-C-D)</u>				
AÑO 2025	\$ 5.016.000,00		\$ 0.00			\$ 0.00		\$ 5.016.000,00		\$ -				
AÑO 2026	\$ 18.781.000,00		\$ 0.00			\$ 0.00		\$ 10.732.000,00		\$ 8.049.000,00				
<b>TOTAL CONTRATO</b>	<b>\$ 23.797.000,00</b>		<b>\$ 0.00</b>			<b>\$ 0.00</b>		<b>\$ 15.748.000,00</b>		<b>\$ 8.049.000,00</b>				
<u>Nombre del Supervisor</u>							<u>Fecha de notificación:</u>							
Dra. Marta Edy Ariza Mateus							23/10/2025							
<u>Plazo de ejecución</u>			<u>FECHA DE INICIO</u>				<u>FECHA DE TERMINACION</u>							
			1/11/2025				31/07/2026							
<u>Vigencia del Contrato:</u>			9 MESES											
<u>Prorrogas:</u>			<u>En tiempo</u>											
			1-											
<b>NOTA 1:</b> Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 8/04/2026 y riesgos profesionales 8/04/2026 Planilla N° - 1080174645 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 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														
<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:														
<u>REPUESTO</u>	<u>EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO</u>	<u>MARCA</u>	<u>NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO</u>	<u>PLACA DEL EQUIPO</u>	<u>NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN</u>	<u>FECHA DE INGRESO</u>	<u>NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)</u>	<u>ESTADO (Instalado/ existencias almacén)</u>	<u>CANTIDAD</u>	<u>NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN</u>	<u>FECHA DE INSTALACIÓN</u>	<u>VALOR UNITARIO</u>	<u>VALOR TOTAL</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
<b>NOTA 4:</b> En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión														
<u>DESCRIPCION DEL EQUIPO</u>	<u>SERIE</u>	<u>PLACA</u>	<u>AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO</u>	<u>No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO</u>	<u>FECHA DE MANTENIMIENTO</u>	<u>FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO</u>	<u>FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO</u>	<u>OBSERVACIONES</u>						
<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