



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:	20-05-2026	<u>INFORME DE SUPERVISOR</u>		<u>TRAMITE PARA PAGO</u>		X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	<u>MAYO</u>						
No. de Contrato:	SP-SUFI-0480-2025		<u>VALOR</u>		\$ 32.861.000,00									
Nº de Proceso en el SECOP II Tienda virtual	SP-GECO-0358-2025													
Objeto	REVISOR DE CUENTAS MEDICAS													
Nombre de Contratista	CHIBUQUE BUSTOS VIVIANA ROCIO				<u>NIT/ CC</u>		52729413							
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIO		<u>Modalidad de Contratación</u>			CONTRATACIÓN DIRECTA								
Cuenta Bancaria No.	083984786		Banco:	BANCO COMERCIAL AV VILLAS 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 Presupue stal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA A FACTURAR	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
AÑO 2026	19726	7/01/2026	197	7/01/2026	19726	7/01/2026	MAYO				\$ 3.705.000,00			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO														
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCO 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		\$ 18.525.000,00		\$ 7.410.000,00				
TOTAL CONTRATO	\$ 32.861.000,00		\$ 0.00			\$ 0.00		\$ 25.451.000,00		\$ 7.410.000,00				
Nombre del Supervisor	Dra. Marta Edy Ariza Mateus					Fecha de notificación: 15/10/2025								
Plazo de ejecución	<u>FECHA DE INICIO</u>					<u>FECHA DE TERMINACION</u>								
	1/11/2025					31/07/2026								
Vigencia del Contrato:	9 MESES													
Prorrogas:	En tiempo													
	1-													
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 4/05/2026 y riesgos profesionales 4/05/2026 Planilla N° – 9503297997 correspondiente al mes de ABRIL 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 ABRIL 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														
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 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
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	Nº Planilla	Fecha de pago	<u>SALUD</u>		<u>PENSIÓN</u>		<u>RIESGOS PROFESIONALES</u>							

			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	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	X	1