



<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:	20-05-2026		<u>INFORME DE SUPERVISOR</u>		<u>TRAMITE PARA PAGO</u>		<b>X</b>		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		<u>MAYO</u>			
No. de Contrato:		SP-SUFI-0529-2025			<u>VALOR</u>		\$ 45.748.000,00							
Nº de Proceso en el SECOP II Tienda virtual		SP-GECO-0364-2025												
Objeto		ANALISTA DE CUENTAS MEDICAS												
Nombre de Contratista		<u>GONZALEZ JAIMES ANDRES EDUARDO</u>				<u>NIT/ CC</u>		79663926						
Clase de Contrato		PRESTACIÓN DE SERVICIO			<u>Modalidad de Contratación</u>			CONTRATACIÓN DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	004870280403		Banco:	BANCO DAVIVIENDA 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				
<b>INFORMACIÓN PRESUPUESTAL</b>														
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 A FACTURAR	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
AÑO 2026	91526	8/01/2026	915	8/01/2026	87326	8/01/2026	MAYO				\$ 5.158.000,00			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO														
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:		CINCO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y OCHO 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	\$ 9.642.000,00	\$ 0.00		\$ 0.00		\$ 9.642.000,00	\$ -							
AÑO 2026	\$ 36.106.000,00	\$ 0.00		\$ 0.00		\$ 25.790.000,00	\$ 10.316.000,00							
TOTAL CONTRATO	\$ 45.748.000,00	\$ 0.00		\$ 0.00		\$ 35.432.000,00	\$ 10.316.000,00							
Nombre del Supervisor		Dra. Marta Edy Ariza Mateus					Fecha de notificación:		17/10/2025					
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-												
<b>NOTA 1:</b> Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 7/05/2026 y riesgos profesionales 7/05/2026 Planilla N° – 9503418934 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														
<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.														
<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>														
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	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	X	1