	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				PAGINA 1 DE 2
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI							

Fecha:	15/5/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	may-26
--------	-----------	-----------------------	---	-------------------	---	--	--------

No. de Contrato:	SP-SSAA-1121-2025		VALOR	\$	18.980.000,00		
------------------	-------------------	--	-------	----	---------------	--	--

Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0406-2025						
--	-------------------	--	--	--	--	--	--

Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL.						
--------	--	--	--	--	--	--	--

Nombre de Contratista	MICHAELL DANIEL CASTIBLANCO CHACON		NIT/ CC	1000835403			
-----------------------	------------------------------------	--	---------	------------	--	--	--

Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS		Modalidad de Contratación	PRESTACION DE SERVICIOS			
-------------------	-------------------------	--	---------------------------	-------------------------	--	--	--

Cuenta Bancaria No.	488471377694	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente
---------------------	--------------	--------	------------	-----------------	---------	---	-----------

Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Aseguradora (Si aplica):	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	
------------------------------------	--------------------------	---	--

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO (:2026)	76326	8/1/2026			170426	8/1/2026	MAYO	N/A			\$ 2.140.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO:	\$	2.140.000,00
-----------------------------	----	--------------

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Dos millones ciento cuarenta mil M/cte.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO:(2025)	\$ 4.000.000,00			\$ 4.000.000,00	\$ -
VIGENCIA AÑO:(2026)	\$ 9.344.667,00			\$ 5.064.667,00	\$ 4.280.000,00
	\$ -				\$ -
	\$ -				\$ -
TOTAL CONTRATO	\$ 13.344.667,00	\$ -	\$ -	\$ 9.064.667,00	\$ 4.280.000,00

Nombre del Supervisor	Sargento Viceprimero. MILTON JAVIER OSPINA BUITRAGO	Fecha de notificación:	01/11/2025
-----------------------	---	------------------------	------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
	1/11/2025		31/7/2026

Vigencia del Contrato:	31 DE JULIO 2025
------------------------	------------------

Prorrogas:	En tiempo - igual al plazo de ejecución y Nueve (09) meses más
	1-
	2-
	3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y Riesgos Profesionales Planilla N° 81097030- correspondiente al mes de Mayo. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (Mayo); 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 documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

NOTA 2: De acuerdo a sus actividades emitidas en el contrato de como prestador de servicios TECNÓLOGO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, cumplo con sus actividades para el mes de MAYO 2026, por lo anterior se autoriza para la cancelacion de sus haberes como corresponde para el mes de MAYO 2026.

NOTA: Se da inicio a la seccion del contrato No. SP-SSAA-1121-2025. con fecha 01 de marzo 2026. WENDY CASTAÑEDA Cedido a MICHAELL CASTIBLANCO

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 \$ 6.500.000 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 No. 7	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Sargento Viceprimero MILTON JAVIER OSPINA BUITRAGO 

NÚMERO DE CEDULA: 3106809912

CELULAR : 3106809912

CORREO: mjos pina@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		1
Acta de supervisión y/o Factura		1
Pago de Seguridad Social		1

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	1000835403	MICHAEL DANIEL CASTIBLANCO CHACÓN	Calle 1 sur # 82-42
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DEPARTAMENTO
ÚNICA	Independiente		BOGOTÁ D. C.
CORREO			EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TELEFONO			3212025151
CUIDAD / MUNICIPIO			BOGOTÁ, D. C.

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DI/MES/AÑO)
		81097030	07/05/2026
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA
2025-05	2025-05	1	\$0
CANTIDAD EMPLEADOS			TOTAL A PAGAR
1			\$469.100

### TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900

TOTALES PENSIÓN			
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200

TOTALES RIESGOS LABORALES			
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria

TOTALES CAJAS			
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte

TOTALES PARAFISCALES		
Valor Aports	Días Mora	No. Afiliados
0	0	0
0	0	0
0	0	0
0	0	0

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	0	0	0	0	0	218.900	1

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0	0	280.200	1

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>2</b>	<b>499.100</b>	<b>499.100</b>

