

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: CONTRATACIÓN				VERSIÓN: 10					
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES				PAGINA 1 DE 2					
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI											
Fecha:	15/6/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	jun-26				
No. de Contrato:	SP-SSAA-1121-2025			VALOR	\$ 18.980.000,00						
N° 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):								
INFORMACIÓN 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	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACEN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACENAL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
VIGENCIA AÑO (:2026)	76326	8/1/2026			170426	8/1/2026	JUNIO	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/cie.											
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						\$ 7.204.667,00		\$ 2.140.000,00		
	\$ -								\$ -		
	\$ -								\$ -		
TOTAL CONTRATO	\$ 13.344.667,00		\$ -		\$ -		\$ 11.204.667,00		\$ 2.140.000,00		
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° 83682563-- correspondiente al mes de JUNIO. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JUNIO); 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 TECNOLOGO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, cumplo con sus actividades para el mes de JUNIO 2026, por lo anterior se autoriza para la cancelacion de sus haberes como corresponde para el mes de JUNIO 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. 8					CODIGO:	VERSIÓN	10	
						Página:	2 DE 2		

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

NÚMERO DE CEDULA:

1098307853

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							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1000835-03	MICHAELL DANIEL CASTIBLANCO CHACON		Calle 1 sur # 82 42	3212025151	michaeldaniel2036@gmail.com	
FORMA REPRESENTACIÓN UNICA	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		
							NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD DE UPIC
		83682563	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

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

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

TOTALES RIESGOS LABORALES															
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
				No. Autorización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

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	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	1000835403	MICHAEL DANIEL CASTIBLANCO CHACON	Calle 1 sur # 82 42
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
ÚNICA	I - Independiente		
		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.
			NO

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS
		83882563	08/08/2026	1
				0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR
2025-06	2026-06	1	\$0	\$541,800

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE		INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES									
		Calificación	Seguro	Extraterritorial	Industria	OT	TRE	TAE	TAP	OT	OT	Cod. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Días	Cotización/ Valor UPC	Cd. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENNA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
Tipo y Número de identificación	Apellidos y Nombres																																				
CC	CASTIBLANCO CHACON, MICHAEL DANIEL	59	0	N							25-12	1,750,905	30	280,200	0	0	0	0	0	EPS010	1,750,905	30	218,990	14,25	1,750,905	30	42,700	0	0	0	0	0	0	0	0	0	