

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					PÁGINA 1 DE 2				
Fecha:	22/6/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	jun-26				
No. de Contrato:	SP-SSAA-1123-2025				VALOR	\$			18.980.000,00		
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0406-2025										
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA HOSPITAL MILITAR CENTRAL.										
Nombre de Contratista	FRANCY ELENA GIRALDO OSORIO				NIT/ CC	31640992					
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación	PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
Cuenta Bancaria No.	500807078037	Banco:	BANCO POPULAR		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente			
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	Asegurado ra (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):								
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 ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
VIGENCIA AÑO (:2026)	72026	8/1/2026	720	8/1/2026	69026	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 pesos 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)	\$ 14.980.000,00					\$ 12.840.000,00	\$ 2.140.000,00				
TOTAL CONTRATO	\$ 18.980.000,00	\$ -		\$ -		\$ 16.840.000,00	\$ 2.140.000,00				
Nombre del Supervisor					Fecha de notificación:						
SV. Milton Javier Ospina Buitrago					1/11/2025						
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACIÓN				
		1/11/2025					31/7/2026				
Vigencia del Contrato:		31 DE JULIO 2026									
Prorrogas:		En tiempo - igual al plazo de ejecución (9) meses									
		1-									
		2-									
		3-									
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y Riesgos Profesionales 3/06/2026 Planilla N°87487195- correspondiente al mes de MAYO 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 (MAYO); así mismo certifico que el/la contratista presentó 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 SATISFACCIÓN											
NOTA 2: De acuerdo a sus actividades emitidas en el contrato como prestadora de servicios AUXILIAR DE GESTIÓN, cumplió con sus actividades para el mes de JUNIO 2026, por lo anterior se autoriza para la cancelación de sus haberes como corresponde para el mes de JUNIO 2026.											
NOTA 3 : Omitido											

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					CÓDIGO:		VERSIÓN	10
						Página:		2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	SV. Milton Javier Ospina Buitrago	
NÚMERO DE CÉDULA:		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 DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS
		87487195	03/08/2028	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR
2028-05	2028-05	1	\$0	\$541,800

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional		Incapacidades		Licencia Maternidad	
				No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	Valor	
EPS010	EPS Sura	800086702-2	218.900	0	0	0	0	0	
						Días Mora	Valor Mora Cotización	Total a Pagar	No. Afiliados
						0	0	218.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															2801.200
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados	
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SUPRA	890903790-5	42.700				42.700	0	42.700	0	0	427	42.700	1	

TOTALES PARAFISCALES					No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar		
0	0	0	0	0	0
SENA					
0	0	0	0	0	0
ICBF					
0	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
COF	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 DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMERIANO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMERIANO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		87487195	03/08/2026	1	0
PERIODO SALUD			TOTAL NOBIA		TOTAL A PAGAR
2026-05	2026-05	1	\$0		\$541,800

[illegible]