

HOSPITAL MILITAR CENTRA		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:	09-06-2026		INFORME DE SUPERVISOR			TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		MAYO			
No. de Contrato:		SP-SUFI-0528-2025		VALOR		\$ 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		CORZO SANCHEZ DAVID EDUARDO					NIT/ CC		11276047						
Clase de Contrato		PRESTACIÓN DE SERVICIO		Modalidad de Contratación		CONTRATACIÓN DIRECTA									
Cuenta Bancaria No.	000500064449		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					
VIGENCIA		INFORMACIÓN PRESUPUESTAL										FECHA		VALOR OBLIGACIÓN	
		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	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA				
AÑO 2026		96126	8/01/2026	961	8/01/2026	91926	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 2RT025		\$ 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		FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION								
		1/11/2025					31/07/2026								
Vigencia del Contrato:		9 MESES													
Prorrogas:		En tiempo													
		1-													
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 5/06/2026 y riesgos profesionales 5/06/2026 Planilla N° – 78495678 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	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