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	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	30/5/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	MAYO
No. de Contrato:	030-2026			VALOR	$ 59.740.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-017-2026-HOMIL						
Objeto	Mantenimiento preventivo, correctivo general con suministro de repuestos no remanofacturados y demás reparaciones que se presenten y sean necesarias para la óptima prestación de los servicios de la entidad hospitalaria del sistema de correo neumático marca swisslog modelo: transponet tipo: 2 vías del Hospital Militar Central						
Nombre de Contratista	PROYNS SAS			NIT/ CC	860526532		
Clase de Contrato	SUMINISTROS			Modalidad de Contratación	MINIMA CUANTÍA		

Cuenta Bancaria No.	209376964-92	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CO1.WRT.19674451	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	27/3/2026			

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
2026	133326	24/2/2026									$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ -

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2026	$ 59.740.000,00				$ 59.740.000,00
TOTAL CONTRATO	$ 59.740.000,00	$ -	$ -	$ -	$ 59.740.000,00

Nombre del Supervisor: S2. SANANDRÉS LEÓN ARMANDO								**Fecha de notificación: 02-05-2026**						
Plazo de ejecución				**FECHA DE INICIO**							**FECHA DE TERMINACION**			
				13/4/2026							**15/12/2026**			
Vigencia del Contrato:	2025													
Prorrogas:														
	1-													
	2-													
	3-													

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 04-08-2026 y riesgos profesionales 05-08-2026 Planilla N°81383346 – correspondiente al mes de ABRIL
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); 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:Se realiza el informe de supervisión CERO PESOS y no se ejecuto ninguna de las actividades.

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

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 :

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**	**CODIGO:**	**VERSIÓN**	**10**
		Página:	**2 DE 2**	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: S2. SANANDRÉS LEÓN ARMANDO	
NÚMERO DE CEDULA:	**1045709811**
3137669873	**CORREO: asanadres@homil.gov.co**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **PROYNS SAS**, identificada con **NI** número **860526532**, aportó por **EDIXON OLIVERA SABOGAL** identificado(a) con **CC** número **79744843** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 04 - 2026 y 05 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1								X							0		30	$1,981,023	0.06960	$137,900	$0	$0	Abril - 2026	81383346	08/05/2026	Si
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	1								X							0		30	$1,981,023	0.04000	$79,300	$0	$0	Abril - 2026	81383346	08/05/2026	Si
EPS008	Compensar EPS	1								X							0		30	$1,981,023	0.04000	$79,300	$0	$0	Mayo - 2026	81383346	08/05/2026	Si
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1								X							0		30	$1,981,023	0.16000	$317,000	$0	$0	Abril - 2026	81383346	08/05/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **8** días del mes **Mayo** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.