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:	17/12/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO	Diciembre
No. de Contrato:	SP-SUAD-0079-2025			VALOR			31.903.100,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SP-GECO-0068-2025						
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TECNOLOGO EN GESTIÓN LOGISTICA PARA EL ÁREA DE GESTIÓN CONTRATOS, SELECCIÓN PERSONAL, SEGUIMIENTO, EJECUCIÓN Y APOYO CONTRACTUAL DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	WILLIAM RUFINO CARRETERO CHAGUALA			NIT/ CC			93,398,942
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación			CONTRATACION DIRECTA
Cuenta Bancaria No.	382104859	Banco:	BBVA	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			

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 ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
2025	109525	14/1/2025	1095	15/1/2025	111225	15/1/2025	Diciembre				2.666.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											2.666.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: **DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS ($2.666.000) M/CTE**

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2025	31.903.100,00			31.903.100,00	-
					$ -
TOTAL CONTRATO	$ 31.903.100,00	$ -	$ -	$ 31.903.100,00	$ -

Nombre del Supervisor : PD. MIGUEL ANGEL OBANDO CASTILLO	Fecha de notificación: 2025-08-29

Plazo de ejecución 346 DIAS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	15/1/2025	31/12/2025
Vigencia del Contrato:	2025	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS - Pensión y Pago complemento riesgos profesionales **2025/12/17 Planilla N° 7996277962 y Planilla N° 7999512768** – correspondiente al mes **de Noviembre y Diciembre 2025** en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de **(Noviembre y Diciembre 2025)**; así mismo certifico que el 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 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 / existencia 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

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	Nº Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Enti	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	PD. MIGUEL ANGEL OBANDO CASTILLO	PD Miguel Angel Obando
NÚMERO DE CEDULA:	79572446	
CELULAR :	3022909209	CORREO: mobando@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	x	8
Acta de supervisión y/o Factura	x	2
Pago de Seguridad Social	x	2

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	93398942
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			WILLIAM RUFINO CARRETERO CHAGUALA
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	MZN F CASA 6 LA ESMERALDA	TELÉFONO:	2713545
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7996277962**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO:	2025	
DÍAS DE MORA:	7				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	2014903609		

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

Planilla pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 228.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 228.900**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9010379161	MIN001	MIN001-ADRES	1	$ 178.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 178.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 34.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 34.900**

VALOR SIN MORA:	**$ 440.500**
VALOR MORA:	**$ 2.100**
TOTAL PAGADO:	**$ 442.600**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	93398942
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			WILLIAM RUFINO CARRETERO CHAGUALA
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	MZN F CASA 6 LA ESMERALDA	TELÉFONO:	2713545
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7999512768**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	2014929134		

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

Planilla pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 227.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9010379161	MIN001	MIN001-ADRES	1	$ 178.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 178.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 34.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 34.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 440.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 440.500**

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**SP-SUAD-0079-2025**
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TECNOLOGO EN GESTIÓN LOGÍSTICA PARA EL ÁREA DE GESTIÓN CONTRATOS, SELECCIÓN PERSONAL, SEGUIMIENTO, EJECUCIÓN Y APOYO CONTRACTUAL DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Contratista	**William Rufino Carretero Chagualà**							
Identificación (CC – Nit)	**93.398.942**							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	**PD. Miguel Ángel Obando Castillo**						
	Cargo	Jefe Área Gestión Contratos						

Nota: TIPO "Prestación de servicios, obra, interventoría, arrendamiento, comodato, compraventa, suministro".

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	15/01/2025
Iniciación	15/01/2025
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	**Hasta**
Inicial	12 MESES	15/01/2025	31/12/2025
Prórroga			
PLAZO TOTAL	12 MESES	15/01/2025	31/12/2025
PLAZO TOTAL EJECUTADO	12 MESES	15/01/2025	31/12/2025

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$31.903.100,00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$31.903.100,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	VALOR
ENERO	$ 2.577.100.00
FEBRERO	$ 2.666.000.00
MARZO	$ 2.666.000.00
ABRIL	$ 2.666.000.00
MAYO	$ 2.666.000.00
JUNIO	$ 2.666.000.00
JULIO	$ 2.666.000.00
AGOSTO	$ 2.666.000.00
SEPTIEMBRE	$ 2.666.000.00
OCTUBRE	$ 2.666.000.00
NOVIEMBRE	$ 2.666.000.00
DICIEMBRE	$ 2.666.000.00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	**$31.903.100,00**
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$00.00

La(el) supervisora(or) / interventora(or) certifica:

- Que los aportes a parafiscales se hicieron dando cumplimiento a la ejecución del contrato.
- Que los pagos autorizados, se hicieron dando cumplimiento a la forma de pago pactada.

6. VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL OBJETO, ALCANCE Y OBLIGACIONES

La Supervisión deja constancia de haber verificado el cumplimiento de la totalidad de las obligaciones a cargo del contratista en los siguientes términos:

OBJETO	VERIFICACIÓN
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TECNOLOGO EN GESTIÓN LOGÍSTICA PARA EL ÁREA DE GESTIÓN CONTRATOS, SELECCIÓN PERSONAL, SEGUIMIENTO, EJECUCIÓN Y APOYO CONTRACTUAL DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL	CUMPLIO

DATOS REQUERIDOS

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
N/A	N/A

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1. N/A	N/A

7. VERIFICACIÓN OBLIGACIONES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y RECURSOS PARAFISCALES

(Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, el artículo 50, sobre control a la evasión de los recursos parafiscales).

El contratista acreditó durante la ejecución del contrato, los recibos de pagos de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.

FECHA	VALOR TOTAL	SALUD	ARL	PENSION
7957847311 - **24/02/2025**	$ 424.500	$ 179.600	$ 15.100	$ 229.800
7961340521 - **11/03/2025**	$ 420.700	$ 178.000	$ 14.900	$ 227.800
7963695769 - **04/04/2025**	$ 420.700	$ 178.000	$ 14.900	$ 227.800
7966601961 - **13/05/2025**	$ 421.200	$ 178.200	$ 15.000	$ 228.000
7971536610 - **25/06/2025**	$ 424.700	$ 179.700	$ 15.100	$ 229.900
7976417105 - **10/07/2027** 7980953623 - **31/072025**	$ 421.200 $ 20.100	$ 178.200	$ 15.000 $20.100	$ 228.000
7978626062 - **08/08/2025**	$ 440.500	$ 178.000	$ 34.700	$ 227.800
7982225412 - **23/09/2025**	$ 444.600	$ 179.600	$ 35.100	$ 229.900
7988177975 - **27/10/2025**	$ 445.500	$ 180.000	$ 35.100	$ 230.400
7992458253 - **25/11/2025**	$ 444.200	$ 179.500	$ 35.000	$ 229.700
7996277962 - **17/12/2025**	$ 442.600	$ 178.800	$ 34.900	$ 228.900
7999512768 - **17/12/2025**	$ 440.500	$ 178.000	$ 34.700	$ 227.800

Nota: Se deberá adjuntar el pago de Parafiscales y Seguridad social del último mes en que se firma la presente acta.

8. POLIZAS

Para la fecha de la firma del acta final deberán estar vigentes las pólizas

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
N/A	N/A	N/A	N/A

DATOS REQUERIDOS

Nota 1: Este ITEM no aplica para los Contratos de Prestación de Servicios con persona natural, si no se requiere.
Nota 2: La vigencia de las pólizas deberá ser posterior a seis (06) meses una vez se firme la presente acta.

9. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR

El supervisor en desarrollo de la ejecución del contrato deberá diligenciar las siguientes casillas, para medir el cumplimiento del proveedor

Concepto	1	2	3	4	5
Solución a inconvenientes					
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)					
Oportunidad en la gestión					
Calidad del bien o servicio					
Cumplimiento					

Nota: Califique al contratista de conformidad con la siguiente tabla, siendo el 5 el puntaje más alto y el 1 el puntaje más bajo.

9. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

Se anexa copia planilla pago Seguridad social No. 7999512768 Correspondiente al mes de **Diciembre 2025**

Para constancia se firma en Bogotá, a los (31) días del mes 12 (DICIEMBRE) de (2025)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	PD Miguel Ángel Obando Castillo **PD. Miguel Ángel Obando Castillo**	**Nombre Representante Legal**	**William Rufino Carretero Chaguala**
Cargo	Jefe Área Gestión Contratos	**Identificación**	93.398.942