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:	21/09/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES	Sep-26

No. de Contrato:	SP-SUMD-0807-2025	VALOR	$ 36.385.000,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-SUMD-0807-2025		
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA (IMAGENES DIAGNOSTICAS) DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	GARCIA MONTEALEGRE SAIDA GABRIELA	NIT/ CC	1007695079
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	Modalidad de Contratación	PRESTACION DE SERVICIOS

Cuenta Bancaria No.	0570489170012665	Banco:	BANCO DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):				

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					
VIGENCIA AÑO (:2026)	96226	08/01/2026			92026	07/01/2026	SEPTIEMBRE 2026	N/A			$ 3.147.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO:											$ 3.147.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TRES MILLONES CIENTO CUARENTA YSIETE 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)	$ 5.016.000,00			$ 5.016.000,00	$ -
VIGENCIA AÑO:(2026)	$ 18.781.000,00	$12.588.000,00		$ 25.075.000,00	$ 6.294.000,00
	$ -				$ -
	$ -				$ -
TOTAL CONTRATO	$ 23.797.000,00	$ 12.588.000,00	$ -	$ 30.091.000,00	$ 6.294.000,00

Nombre del Supervisor	SARGENTO PRIMERO JONNY JAIME ORTEGA DAZA	Fecha de notificación:	08-09-2026

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	01/11/2025	30/11/2026
Vigencia del Contrato:	30 de Noviembre 2026	
Prorrogas:	En tiempo - igual al plazo de ejecución y cuatro (04) meses más	
	1- PRORROGA A PARTIR DEL 01 DE AGOSTO AL 30 DE NOVIEMBRE 2026	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y Riesgos Profesionales 02/09/2026 Planilla N° 6031842311 – correspondiente al mes de AGOSTO 2026. En mi condición de supervisor del contrato, 6certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (AGOSTO); 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, cumplio con sus actividades para el mes de SEPTIEMBRE 2026, por lo anterior se autoriza para la cancelacion de sus haberes como corresponde para el mes de SEPTIEMBRE 2026.

NOTA 3 : se da inicio a adición n. 1 por valor de 12.588.000 doce millones quinientos ochenta y ocho mil pesos MTc.

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. 11	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	SARGENTO PRIMERO JONNY JAIME ORTEGA DAZA
NÚMERO DE CEDULA:	12754144
CELULAR : 3152697871	CORREO: jjortega@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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1007695079
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SAIDA GABRIELA GARCIA MONTEALEGRE
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 73 H - 58 A 12 SUR	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6031842311**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/09/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		617156336

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

NIT	CÓDIGO	NOMBRE	TOTALES COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
		NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
		NOMBRE		
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
		NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 35.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 35.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
		NOMBRE		
8002261753	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 42.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 42.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 576.900**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 576.900**