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:	20/10/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	oct-26
No. de Contrato:	SP-SUMD-0961-2025			VALOR	$		64.270.000,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	PS-GECO-0392-2025						
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO PROFESIONAL PARA EL SERVICIO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL.						
Nombre de Contratista	NOLBERTO GONZALEZ OLIVEROS			NIT/ CC	14253453		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	PRESTACION DE SERVICIOS		
Cuenta Bancaria No.	000960025799	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente X
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)	117026	9/1/2026			109326	7/1/2026	OCTUBRE	N/A			$ 4.994.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO:											$ 4.994.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Cuatro Millones Novecientos Noventa y cuatro 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)	$ 9.336.000,00			$ 9.336.000,00	$ -
VIGENCIA AÑO:(2026)	$ 34.958.000,00	$ 19.976.000,00		$ 49.994.000,00	$ 4.994.000,00
	$ -				$ -
	$ -				$ -
TOTAL CONTRATO	$ 44.294.000,00	$ 19.976.000,00	$ -	$ 59.276.000,00	$ 4.994.000,00

Nombre del Supervisor	Sargento Primero. **JONNY JAIME ORTEGA DAZA**	Fecha de notificación:	17/07/2026
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
	17/7/2026	30/11/2026	
Vigencia del Contrato:	31 DE JULIO 2025		
Prorrogas:	**En tiempo -** igual al plazo de ejecución y Nueve (04) meses más		
	1-		
	2-		
	3-		

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y Riesgos Profesionales Planilla N° 9511737279 – correspondiente al mes de Septiembre . En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (Septiembre); 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 AUXILIAR ADMINISTRATIVO , cumplio con sus actividades para el mes de OCTUBRE 2026, por lo anterior se autoriza para la cancelacion de sus haberes como corresponde para el mes de OCTUBRE 2026.

NOTA:

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

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