HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	30/09/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	Septiembre de 2026

No. de Contrato:	047-2026	**VALOR**	**$ 64.000.000**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-020-2026-HOMIL		
Objeto	ADECUACIÓN, MANTENIMIENTO E INSTALACIÓN DE PISO VINÍLICO CONDUCTIVO EN LAS ÁREAS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL MILITAR.		
Nombre de	**GRUPO CASTRILLÓN HERMANOS**	**NIT/ CC**	901.464634-9
Clase de Contrato	Obra	**Modalidad de Contratación**	Mínima cuantía

Cuenta Bancaria No.		**Banco:**	OCCIDENTE	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	X	**Corriente**		

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 52-44-101019777	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**

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**
2026									N/A	N/A	
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	$ 64.000.000,00			$ 0,00	$ 64.000.000,00
TOTAL CONTRATO	**$ 64.000.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ 64.000.000,00**

Nombre del Supervisor:	**Ing Tatiana Marcela Ramos Perdomo**	**Fecha de notificación:**	30/07/2026

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	8/05/2026	21/06/2026
Vigencia del Contrato:	Tres (3) meses	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1- PRORROGA No. 01 HASTA EL 07 DE AGOSTO DE 2026 de fecha 07/07/2026	
	2- PRORROGA No. 02 HASTA EL 20 DE SEPTIEMBRE DE 2026 de fecha 06/08/2026	
	3-PRORROGA No. 03 HASTA EL 05 DE OCTUBRE DE 2026. de fecha 20/09/2026	
	4-	

NOTA 1: Se verificó el pago de Parafiscales, EPS, Pensión y Riesgos Profesionales con Planilla N° 94996532 del 06/10/2026 correspondiente al mes de septiembre de 2026. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del periodo septiembre 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 contrato 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/ 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):

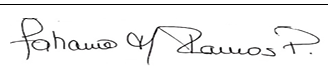
NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL

Entidad	**N° Planilla**	**Fecha de pago**	**SALUD**	**PENSIÓN**	**RIESGOS PROFESIONALES**

			Entida	Valor	Entida	Valor	Entidad	Valor

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Ing Tatiana Marcela Ramos Perdomo	FIRMA	

NÚMERO DE CEDULA:	52.539.269		
CELULAR :	3202713373	**CORREO:**	tramos@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus Soportes	X	
Acta de Supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1
Certificación Bancaria	X	

Elaboró: Julio Alfonso

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901464634-9	GRUPO CASTRILLON HERMANOS SAS	Nuevo aguaclara 29 06	3152846605	grupocastrillonhermanos@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	A – Más de 200 cot		VALLE DEL CAUCA	TULUÁ		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94996532	06/10/2026	4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-10	2026-09	E	$3,385,083	$936.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	9.400	0		0		0	0	0	0	9.400	1
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	126.200	0		0		0	0	0	0	126.200	3

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	541.800	0	0	0	0	0	0		541.800	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	123.100				123.100	0	0	123.100			1.231	123.100	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF03	Comfenalco Antioquia	890900842-6	56.100	0	0	56.100	2
CCF57	Comfamiliar Andi	890303208-5	79.500	0	0	79.500	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	135.600	135.600
Pensión	1	541.800	541.800
Riesgos Laborales	1	123.100	123.100
CCF	2	135.600	135.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	936.100	936.100

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901464634-9	GRUPO CASTRILLON HERMANOS SAS	Nuevo aguaclara 29 06	3152846605	grupocastrillonhermanos@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	A – Más de 200 cot		VALLE DEL CAUCA	TULUÁ		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94996532	06/10/2026	4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-10	2026-09	E	$3,385,083	$936.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Exonerado	IGE	IRT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1116260123	CASTRILLON VARELA FELIX ANTONIO	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	ESSC18	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF57	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1006464190	ECHEVERRY SILVA JHON FREDY	1	0			S	X	X															230301	233.454	4	37.400	0	0	0	0	EPS002	233.454	4	9.400	14-11	233.454	4	5	16.300	CCF57	233.454	4	9.400	0	0	0	0	0
3	CC 70542695	URIBE SERNA CARLOS MARIO	1	0			S	X	X															230301	700.362	12	112.200	0	0	0	0	ESSC18	700.362	12	28.200	14-11	700.362	12	5	48.900	CCF03	700.362	12	28.200	0	0	0	0	0
4	CC 1112101301	CASTRILLON VARELA CARLOS ENRIQUE	1	0			S	X	X															230301	700.362	12	112.200	0	0	0	0	ESSC18	700.362	12	28.200	14-11	700.362	12	5	48.900	CCF03	700.362	12	28.200	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información