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: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION		VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES		PAGINA 1 DE 2
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		

Fecha:	21/07/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	julio-2025
No. de Contrato:	SP-SSAA-1425-2024			VALOR	$27.070.000		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-SECO-0591-2024						
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TÉCNICO EN FARMACIA PARA LA UNIDAD DE FARMACIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA-HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	INGRITH YOHANNA GUTIERREZ			NIT/ CC	1.007.153.001		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA		
Cuenta Bancaria No.	89024203272	Banco:	BANCOLOMBIA	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
VIGENCIA AÑO 2025	421255102	10/1/2025	510	10/1/2025	47125	10/1/2025	julio 2025	N/A	N/A	N/A	$2.707.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$2.707.000

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (Ej: Cuarenta y seis millones cuatroscientos sesenta y nueve mil novescientos sesenta y un pesos m/cte) **DOS MILLONES SETECIENTOS SIETE MIL PESOS MONEDA CORRIENTE**

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2024	$90.233			$90.233	$0
VIGENCIA AÑO 2025	$26.979.767			$18.858.767	$8.121.000
TOTAL CONTRATO	$27.070.000	$0	$0	$18.949.000	$8.121.000

Nombre del Supervisor	MARIA ELENA VILLALOBOS SANCHEZ	Fecha de notificación:	01-04-2025

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Plazo de ejecución	31-12-2024	31-10-2025
Vigencia del Contrato:	VIGENCIA IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION Y CUATRO (4) MESES MAS	
Prorrogas:	En tiempo 1- 2- 3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/07/03 **y riesgos profesionales** 2025/07/03 **planilla N°** 1073096484 **correspondiente al mes de** junio 2025 **en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de** junio 2025 **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: 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
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciend

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
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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	Nº Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	MARIA ELENA VILLALOBOS SANCHEZ	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	52.317.251		
CELULAR :	3209236815	CORREO:	mvillalobos@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	2
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	X	1