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:	18/07/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	julio 2025

No. de Contrato:	SP-SSAA-1418-2024	**VALOR**	$12.452.200
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-SECO-0591-2024		
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICO EN FARMACIA PARA LA UNIDAD DE FARMACIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	ANGIE PAOLA PINEDA CARDENAS	**NIT/ CC**	1.111.203.646
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	**Modalidad de Contratación**	CONTRATACION DIRECTA

Cuenta Bancaria No.	876002399	**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**
VIGENCIA AÑO 2025	52525	10/1/2025	525	10/1/2025	226225	13/06/2025	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 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	$12.452.200			$4.331.200	$8.121.000
TOTAL CONTRATO	**$12.452.200**	**$0**	**$0**	**$4.331.200**	**$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 EJECUCIÓN Y CUATRO (4) MESES MAS	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/07/08 **y riesgos profesionales** 2025/07/08 **planilla N°** 9488113143 **correspondiente al mes de** julio 2025 **en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de** julio 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**	**MARCA**	**NÚMERO DE SERIE DEL**	**PLACA DEL EQUIPO**	**NÚMERO DE ENTRADA AL**	**FECHA DE INGRESO**	**NÚMERO DE PARTE (SI**	**ESTADO (Instalado/ existencias almacén)**	**CANTIDAD**	**NÚMERO DE REPORTE DE**	**FECHA DE INSTALACIÓ**	**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 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**

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

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**MARIA ELENA VILLALOBOS SANCHEZ**	**FIRMA**	
NÚMERO DE CEDULA:	**52.317.251**		
CELULAR :	**320 923 68 15**	**CORREO:**	mvillalobos@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	2
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	X	1