

		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 MANUAL: CONTRATACION PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES						FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024						
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI						VERSIÓN: 10 PAGINA 1 DE 2						
Fecha:	14/08/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	agosto-2025							
No. de Contrato:	SP-SSAA-1444-2024			VALOR	\$27.070.000									
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda	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	HELDA ESPERANZA RODRIGUEZ MALDONADO			NIT/ CC	52.277.917									
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA									
Cuenta Bancaria No.	0550488414650538	Banco:	DAVIVIENDA	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	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	42125	09/01/2025	421	09/01/2025	38225	9/1/2025	agosto 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 cuatrocientos sesenta y nueve mil novecientos sesenta y un pesos m/cba)										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	26979767					\$21.565.767	\$5.414.000							
TOTAL CONTRATO	\$27.070.000	\$0		\$0		\$21.656.000	\$5.414.000							
Nombre del Supervisor	MARIA ELENA VILLALOBOS SANCHEZ					Fecha de notificación:	01/04/2025							
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION								
	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 2025/08/06 y riesgos profesionales 2025/08/06 planilla N° 88244039 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 detallada el cuadro relacionado a continuación:														
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 almacen)	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	
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la s														

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

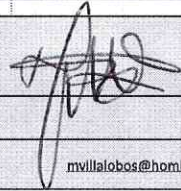
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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

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	1
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	X	1