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:	15/09/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	septiembre 2025

No. de Contrato:	SP-SSAA-1438-2024	**VALOR**	$27.070.000
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	MICHELLE PAMELA PRIETO SIERRA	**NIT/ CC**	53.071.120
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	**Modalidad de Contratación**	CONTRATACION DIRECTA

Cuenta Bancaria No.	913159430	**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

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 2025	43425	09/01/2025	434	09/01/2025	39525	09/01/2025	septiembre 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			$24.272.767	$2.707.000
TOTAL CONTRATO	**$27.070.000**	**$0**	**$0**	**$24.363.000**	**$2.707.000**

Nombre del Supervisor	Maria Elena Villalobos Sánchez	**Fecha de notificación:**	1/4/2025

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	
	En tiempo	
	1-	
	2-	
Prorrogas:	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/09/15 **y riesgos profesionales** 2025/09/15 **planilla N°** 7982806369 **correspondiente al mes de** agosto 2025 **en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de** agosto 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 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:**	**VERSIÓN**	**10**
		Página:	**2 DE 2**	

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