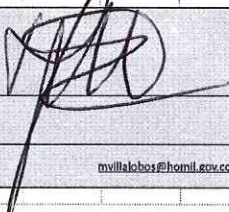


		HOSPITAL MILITAR CENTRAL FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05 FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024						
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS MANUAL: CONTRATACION PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES						VERSIÓN: 10 PAGINA 1 DE 2						
Fecha: 16/09/2025		INFORME DE SUPERVISOR		X		TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME septiembre 2025				
No. de Contrato:		SP-SSAA-1414-2024				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		FABIO BAYONA PEREZ				NIT/ CC		9.530.856						
Clase de Contrato		PRESTACION DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación		CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.		054-818-880		Banco:		AV VILLAS		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 PRESTACIÓN DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
VIGENCIA AÑO 2025	53325	10/1/2025	533	10/1/2025	49425	10/1/2025	septiembre 2025	N/A	N/A	N/A	\$2.707.000			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$2.707.000			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (E): Cuarenta y seis millones cuatrocientos sesenta y nueve mil novecientos 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 2023	\$90.233							\$90.233	\$0					
VIGENCIA AÑO 2024	\$26.979.767							\$24.272.767	\$2.707.000					
TOTAL CONTRATO		\$27.070.000				\$0		\$0	\$24.363.000					
Nombre del Supervisor		MARIA ELENA VILLOBOBOS SANCHEZ						Fecha de notificación: 1/4/2025						
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO 31/12/2024						FECHA DE TERMINACION 31/10/2025						
Vigencia del Contrato:		VIGENCIA IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUATRO (4) MESES MAS												
Procecos:		En tiempo 1- 2- 3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión		2025/09/04 y riesgos profesionales 2025/09/04 planilla N° 1074723801 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 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 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 :														
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			
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 VILLOBOS SANCHEZ		FIRMA		
NÚMERO DE CEDULA:	52.317.251				
CELULAR :	320 923 68 15	CORREO:	mvillalobos@hormil.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