
		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 VERSIÓN: 10 PAGINA 1 DE 2						
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI														
Fecha:	17/09/2025	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-0237-2025			VALOR		\$24.182.500								
Nº 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 UNIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	LICETH VANESSA SUAREZ GIRALDO			NIT/CC		1.006.292.238								
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación		CONTRATACION DIRECTA								
Cuenta Bancaria No.	1725951220	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	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	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
VIGENCIA AÑO 2025	114025	15/01/2025	1140	15/01/2025	130525	4/2/2025	septiembre 2025	N/A	N/A	N/A	\$2.707.000			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (E): Cuarenta y seis millones cuatrocientos sesenta y nueve mil novecientos sesenta y un pesos (Letra)											\$2.707.000			
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 2025	\$24.182.500						\$21.475.500	\$2.707.000						
TOTAL CONTRATO	\$24.182.500	\$0		\$0			\$21.475.500	\$2.707.000						
Nombre del Supervisor	María Elena Villalobos Sánchez					Fecha de notificación:	01/04/2025							
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION								
	4/2/2025					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		2025/09/08	y riesgos profesionales	2025/09/08	planilla N°	8389306821	correspondiente al mes de	agosto 2025	en ml				
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														
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:	María Elena Villalobos Sánchez		FIRMA			
NÚMERO DE CEDULA:	c.c. 52.317.251					
CELULAR:	3209236815	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	2