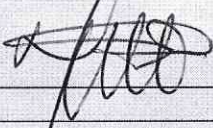


 HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05								
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS				FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024								
		MANUAL: CONTRATACIÓN												
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES				VERSIÓN: 10								
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI										PAGINA 1 DE 2				
Fecha:	14/10/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	octubre 2025							
No. de Contrato:	SP-SSAA-1420-2024			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	SANTOS MIREYA CUELLAR BETANCOURT			NIT/ CC	52.766.021									
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA									
Cuenta Bancaria No.	24129683869	Banco:	CAJA SOCIAL		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	52125	10/1/2025	521	10/1/2025	48225	10/1/2025	octubre 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/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						\$26.979.767	\$0						
TOTAL CONTRATO														
\$27.070.000														
\$0														
\$0														
\$27.070.000														
\$0														
Nombre del Supervisor														
MARIA ELENA VILLALOBOS SANCHEZ														
Fecha de notificación:														
1/4/2025														
FECHA DE INICIO														
FECHA DE TERMINACION														
Plazo de ejecución														
31/12/2024														
Vigencia del Contrato:														
VIGENCIA IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUATRO (4) MESES MAS														
En tiempo														
1-														
2-														
3-														
Prórrogas:														
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión														
2025/10/06 y riesgos profesionales 2025/10/06 planilla N° 1076220369 correspondiente al mes de septiembre 2025 en mi														
conclución de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de septiembre 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 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		
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	
FÓRMATO	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@hamil.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			

Adm 22