| 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: | 17/10/2025 | 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-1445-2024 | | | 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 | NORMA CONSTANZA SOLORZANO BUITRAGO | | | NIT/ CC | 52.351.000 | | |
| Clase de Contrato | PRESTACION DE SERVICIOS | | | Modalidad de Contratación | CONTRATACION DIRECTA | | |
| Cuenta Bancaria No. | 887073120 | 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 | | |

| | 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 | 41925 | 09/01/2025 | 419 | 09/01/2025 | 38025 | 9/1/2025 | 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 2024 | $90.233 | | | $90.233 | $0 |
| VIGENCIA AÑO 2025 | $26.979.767 | | | $26.979.767 | $0 |
| TOTAL CONTRAT( | $27.070.000 | $0 | $0 | $27.070.000 | $0 |

| 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<br>1-<br>2-<br>3- | |

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/10/17 y riesgos profesionales 2025/10/17 planilla N° 89636308 correspondiente al mes de septiembre 2025 en mi condición 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 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 haciend

| 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 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:** | **MARIA ELENA VILLALOBOS SANCHEZ** | **FIRMA** |  |
| **NÚMERO DE CEDULA:** | **52.317.251** | | |
| **CELULAR :** | **3209236815** | **CORREO:** | mvillalobos@hotmail.gov.co |

**DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:**

| DOCUMENTOS | SI | Nº FOLIOS |
|---|---|---|
| Informe de Actividades con sus soportes | X | 2 |
| Acta de supervisión y/o Factura | | |
| Pago de Seguridad Social | X | 2 |