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	PAGINA 1 DE 2
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

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-1441-2024			**VALOR**		**$27.070.000**	
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-SECO-0591-2024						
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TECNICO DE FARMACIA PARA LA UNIDAD DE FARMACIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA HOSPITAL MILITAR CENTRA						
Nombre de Contratista	CLAUDIA INES RAMIREZ VELANDIA			**NIT/ CC**		**52270590**	
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			**Modalidad de Contratación**		**CONTRATACION DIRECTA**	
Cuenta Bancaria No.	474170001421	**Banco:**	DAVIVIENDA	**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	42825	09/01/2025	428	09/01/2025	38925	09/01/2025	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 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	$0		$90.233	$0
VIGENCIA AÑO 2025	$26.979.767	$0		$26.979.767	$0
TOTAL CONTRATO	**$27.070.000**	**$0**	**$0**	$27.070.000	$0

Nombre del Supervisor	QF. 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 EJECUCION Y CUATRO (4) MESES MAS		
Prorrogas:	En tiempo 1- 2- 3-		

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/10/08 **y riesgos profesionales** 2025/10/08 **planilla N°** 9492766953 **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 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	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.

N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	Entidad N/A	Valor N/A

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN 10
		Página:	2 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	QF. MARIA ELENA VILLALOBOS SANCHEZ	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	52.317.251		
CELULAR :	3209236815	CORREO:	mvillalobos@homil.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