

 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: CONTRATACION														
			PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES														
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI												VERSIÓN: 10 PAGINA 1 DE 2					
Fecha:		12/11/2025		INFORME DE SUPERVISOR		X		TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		noviembre 2025			
No. de Contrato:		SP-SSAA-1037-2025						VALOR		\$25.686.000							
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual		SP-GECO-0401-2025															
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		ZAIDA MAYERLY MARTINEZ CASTIBLANCO						NIT/ CC		1.026.561.746							
Clase de Contrato		PRESTACION DE SERVICIOS						Modalidad de Contratación		CONTRATACION DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.		550488446235068		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		222225	10-09-2025	2222	10-09-2025	393925	27-10-2025	noviembre 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 cuatrosientos 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 2025		\$5.414.000										\$2.707.000		\$2.707.000			
VIGENCIA AÑO 2026		\$20.272.000										\$0		\$20.272.000			
TOTAL CONTRATO		\$25.686.000		\$0				\$0				\$2.707.000		\$22.979.000			
Nombre del Supervisor		MARIA ELENA VILLALOBOS SANCHEZ						Fecha de notificación:		23/10/2025							
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO										FECHA DE TERMINACION					
		1/11/2025										31/7/2026					
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		2025/11/06		y riesgos profesionales		2025/11/06		planilla N°		1076252775		correspondiente al mes de		octubre 2025		en mi	
condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de						octubre 2025		asi 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 reacionado 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		

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 VILLALOBOS SANCHEZ			FIRMA				
NÚMERO DE CEDULA:		52.317.251							
CELULAR :		320 923 68 15			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					2			
	Pago de Seguridad Social				X	1			