

<div>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</div>		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO							CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05					
<div>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</div>		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:	20/11/2025	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-1028-2025			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	VIVIANA MERCEDES CASTRO FLOREZ			NIT/ CC		59.313.028								
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación		CONTRATACION DIRECTA								
Cuenta Bancaria No.	550005700163966	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					
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	222225	10/9/2025	2222	10/9/2025	391425	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: (E): 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 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		\$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 EJECICION Y CUATRO (4) MESES MAS												
		En tiempo												
		1-												
		2-												
Prorrogas:		3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/11/07 y riesgos profesionales 2025/11/07 planilla N° 7991286297 correspondiente al mes de octubre en mi														
condición de supervisor del contrato, certifique que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de octubre así mismo certifique 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 si														
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	N/A			

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO				CODIGO:	VERSIÓN	10
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				X	2	
	Pago de Seguridad Social				X	1	