

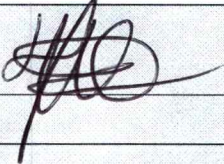
<div>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</div> <div></div>		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05						
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024						
		MANUAL: CONTRATACION												
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES						VERSIÓN: 10						
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI						PAGINA 1 DE 2						
Fecha:	18/02/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	febrero 2026							
No. de Contrato:	SP-SSAA-1052-2025				VALOR	\$25.686.000								
Nº 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	ANNY MELISSE RODRIGUEZ CABEZAS				NIT/ CC	41.945.430								
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA								
Cuenta Bancaria No.	296254501	Banco:	BANCO DE BOGOTA		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 Presupuesta I (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP								
VIGENCIA AÑO 2026	99526	8/1/2026	995	8/1/2026	94826	8/1/2026	febrero 2026	N/A	N/A	N/A	\$2.896.000			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO														
\$2.896.000														
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (E): Cuarenta y seis millones cuatrosientos sesenta y nueve mil novecientos sesenta y un pesos m/cte)														
DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS 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						\$5.414.000		\$0					
VIGENCIA AÑO 2026	\$20.272.000						\$5.792.000		\$14.480.000					
TOTAL CONTRATO	\$25.686.000				\$0		\$0		\$11.206.000					
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 AFECTACION Y CUATRO (4) MESES MAS												
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/02/17 y riesgos profesionales 2026/02/17 planilla N° 9498411526 correspondiente al mes de enero 2026 en mi condición de supervisor del contrato, verifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de enero 2026 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 reaccionado 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														
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 : Se identifican novedades en la ejecución de los inventarios asignados por parte de la funcionaria, afectando el cumplimiento de los procedimientos y tiempos establecidos.

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 cuad

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		
Pago de Seguridad Social	X	1