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 MANUAL: CONTRATACION PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024 VERSIÓN: 10
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	17/04/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	abril/2026 J81826
No. de Contrato:	SP-SSAA-1049-2025			VALOR	$25.686.000		
N° de Proceso en el SECOP II y 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 Contra	JOHANNA MILENA RAMIREZ			NIT/ CC	52752422		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratació	CONTRATACION DIRECTA		
Cuenta Bancaria N	570009470647711	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente
Garantía Cumplimiento (Si a	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 OBLI
vigencia 2026	101726	8/1/2026	1017	8/1/2026	98726	8/1/2026	abril/2026	N/A	N/A	N/A	
ALOR AUTORIZADO PARA PAGO											

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN ETRAS: (Ej: Cuarenta y seis millones cuatroscientos sesenta y nueve mil novescientos 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 (A+
GENCIA AÑO 2025	$5.414.000			$5.414.000	
ENCIA AÑO 2026	$20.272.000			$11.584.000	
TAL CONTRATO	$25.686.000	$0	$0	$16.998.000	

nbre del Super	MARIA ELENA VILLALOBOS SANCHEZ	Fecha de notificación:	23/10/2025
	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINA
o de ejecución	01/11/2025		31/7/2026
ncia del Contrato:	VIGENCIA IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUATRO (4) MESES MAS		
	En tiempo		
	1-		
	2-		
ogas:	3-		

1: Verifico pago de parafiscales EPS y y riesgos
ón 2026/04/08 profesionales 2026/04/08 planilla N° 74129351 correspondiente al mes de ABI

ción de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al
na de seguridad social del mes de ABRIL así mismo certifico que el/la contratista presento el in

ón 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 I

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 actividad

3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

Powered by CamScanner

OK.

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 contr

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

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.(

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	MARIA ELENA VILLALOBOS SANCHEZ	FIRMA		
NÚMERO DE CEDULA:	52.317.251			
CELULAR :	3209236815	CORREO:	mvillalobos@fomil.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

Powered by CamScanner