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

Fecha:	26/05/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION N DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	mayo 2026
--------	------------	-----------------------	---	-------------------	---	--	-----------

No. de Contrato:	SP-SSAA-1035-2025	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	EVERLIDE JULIO QUINTERO	NIT/ CC	1.007.195.140
-----------------------	-------------------------	---------	---------------

Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA
-------------------	-------------------------	---------------------------	----------------------

Cuenta Bancaria No.	0694171927	Banco:	BBVA	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 ad Presupuesta I (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 2026	102826	8/1/2026	1028	8/1/2026	97726	8/1/2026	mayo 2026	N/A	N/A	N/A	\$2.896.000

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	\$2.896.000
----------------------------	-------------

DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:

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			\$14.480.000	\$5.792.000
TOTAL CONTRATO	\$25.686.000		\$0	\$19.894.000	\$5.792.000

Nombre del Supervisor	MARIA ELENA VILLOBOS 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 2026/05/22 y riesgos profesionales 2026/05/22 planilla N° 84887939 correspondiente al mes de mayo 2026 en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de mayo 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 relacionado 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
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

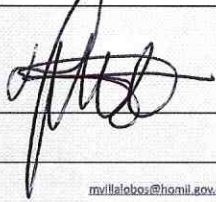
OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

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: Página:	VERSIÓN 2 DE 2	10
---------	---	--------------------	-------------------	----

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	MARIA ELENA VILLALOBOS SANCHEZ	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	52.317.251		
CELULAR :	320 923 68 15	CORREO:	mvillalobos@nomil.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	2