


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						VERSIÓN: 10				
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI											PAGINA 1 DE 2	
Fecha:	20/05/2026	INFORME DE SUPERVISOR		X	TRAMITE PARA PAGO		X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	mayo/2026			
No. de Contrato:	SP-SSAA-1049-2025				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	JOHANNA MILENA RAMIREZ				NIT/ CC	52752422						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS				Localidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria N°	570009470647711	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	DINAMICO A 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 2026	101726	8/1/2026	1017	8/1/2026	96726	8/1/2026	mayo/2026	N/A	N/A	N/A	\$2.896.000	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$2.896.000	
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: 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								\$14.480.000	\$5.792.000		
TOTAL CONTRATO	\$25.686.000					\$0			\$0	\$19.894.000		
Nombre del Super						MARIA ELENA VILLALOBOS SANCHEZ			Fecha de notificación:			23/10/2025
Plazo de ejecución						FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACION			
						01/11/2025			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 y riesgos profesionales 2026/05/08 planilla N° 81750077 correspondiente al mes de MAYO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de MAYO así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividad 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 SATIS												
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 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 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	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 \$ 6.500.0

INFORMACIÓN GENERAL									
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES		
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	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
			Página:	2 DE 2	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL	MARIA ELENA VILLALOBOS SANCHEZ		FIRMA		
NÚMERO DE CEDULA:			52.317.251		
CELULAR :	3209236815		CORREO:	mwillalobos@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