



MAYO		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						VERSIÓN: 10 PAGINA 1 DE 2						
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES												
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI														
Fecha:	20-5-2026	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-1029-2025			VALOR	\$27.070.000									
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0401-2025													
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TECNICO EN FARMACIA PARA LA UNIDAD DE FARMACIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	YENY CATERINE CORTES LOPEZ			NIT/ CC	1.023.893.906									
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA									
Cuenta Bancaria No.	135178648	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								
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL														
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad 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	101426	8/1/2026	1014	08-01-2026	96426	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 LETRAL... 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	\$0	\$0	\$5.414.000	\$0									
VIGENCIA AÑO 2026	\$20.272.000	\$0	\$0	\$14.480.000	\$5.792.000									
TOTAL CONTRATO	\$25.686.000	\$0	\$0	\$19.894.000	\$5.792.000									
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 EJECUCION Y CUATRO (4) MESES MAS													
Prorrogas:	En tiempo 1- 2- 3-													
<p>NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 04-05-2026 y riesgos profesionales 2026/05/04 planilla N° 76551333 correspondiente al mes de abril 2026 en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de abril 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</p> <p>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.</p> <p>NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detallada el cuadro relacionado a continuación:</p>														
REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACÉN	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						
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 cui:														

INFORMACIÓN GENERAL										
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES			
N/A	N/A	N/A	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						CÓDIGO:	VERSIÓN	10	
							Página:	2 DE 2		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR	MARIA ELENA VILLALOBOS SANCHEZ				FIRMA					
NÚMERO DE CEDULA:	52.317.251									
CELULAR:	3209236815			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	2