



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						VERSIÓN: 10						
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES						SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI						
Fecha: 20/05/2026		INFORME DE SUPERVISOR		x		TRAMITE PARA PAGO		x		MAYO 2026				
No. de Contrato:		SP-SSAA-1038-2025				VALOR		\$ 25.686.000						
N° de Proceso en el SECOPII / Tlenda 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		JEIMY DANIELA MONTAÑEZ				NIT/ CC		1.093.788.481						
Clase de Contrato		PRESTACION DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación		CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.		461423864		Banco:		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 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		102526	08/01/2026	1025	10/9/20225	97526	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		\$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 EJECUCIÓN Y CUATRO (4) MESES MAS										
Prorrogas:				En tiempo										
				1-										
				2-										
				3-										
<p>NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 11/5/2026 y riesgos profesionales 11/5/2026 planilla N° 81491406 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 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
<p>NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo lo</p>														
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 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 :	3209236815	CORREO:	MVILLALOBOSHOMIL.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	1