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

| Fecha: | 19/06/2026 | INFORME DE SUPERVISOR | X | TRAMITE PARA PAGO | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | junio 2026 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. de Contrato: | SP-SSAA-1042-2025 | 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 | EDITH NARVAEZ URBANO | NIT/ CC | 39.788.136 |
| Clase de Contrato | PRESTACION DE SERVICIOS | Modalidad de Contratación | CONTRATACION DIRECTA |

| Cuenta Bancaria No. | 008-300-575-001 | Banco: | DAVIVIENDA | Tipo de Cuenta: | Ahorros | X | Corriente | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Garantia 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 | 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 | 115026 | 09/01/2026 | 1150 | 09/01/2026 | 107626 | 9/1/2026 | junio 2026 | N/A | N/A | N/A | $2.896.000 |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | $2.896.000 |

| VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (Ej: Cuarenta y seis millones cuatrocientos sesenta y nueve mil novecientos 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 CONTRATO (A+B-C-D) |
|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA AÑO 2025 | $5.414.000 | | | $5.414.000 | $0 |
| VIGENCIA AÑO 2026 | $20.272.000 | | | $17.376.000 | $2.896.000 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| TOTAL CONTRATO | $25.686.000 | $0 | $0 | $22.790.000 | $2.896.000 |

| Nombre del Supervisor | MARIA ELENA VILLALOBOS SANCHEZ | Fecha de notificación: | 23/10/2025 |
|---|---|---|---|

| | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|
| Plazo de ejecución | 1/11/2025 | 31/7/2026 |
| Vigencia del Contrato: | VIGENCIA IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUATRO (4) MESES MAS | |
| Prorrogas: | En tiempo<br>1-<br>2-<br>3- | |

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/06/09 y riesgos profesionales 2026/06/09 planilla N° 1081973366 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 realcionado a continuacion:

| 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 la supervisión

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

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: | MARIA ELENA VILLALOBOS SANCHEZ | FIRMA | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CEDULA: | 52.317.251 | | |
| CELULAR : | 320 923 68 15 | CORREO: | mvillalobos@hmil.gov.co |