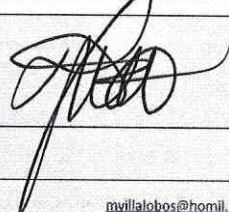


		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO							CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FI-05					
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS							FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024					
		MANUAL: CONTRATACION												
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES							VERSIÓN: 10					
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI									PAGINA 1 DE 2					
Fecha:	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-1040-2025				VALOR	\$25.686.000								
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0401-2025													
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICO EN FARMACIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	CARMENZA LILIANA MORENO LOZANO				NIT/CC	52.302.790								
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA								
Cuenta Bancaria No.	488403355461	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 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 ALMACEN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
VIGENCIA AÑO 2026	101226	08-01-2026	1012	8/1/26	96226	08-01-2026	junio 2026	N/A	N/A	N/A	\$2.896.000			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$2.896.000			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (E): Cuarenta y seis millones cuatrocientos sesenta y nueva mil novecientos sesenta y un pesos m/cto)														
DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE														
VIGENCIA	VL. CONTRATO (A)	VL. ADICION (B)				REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)			VL. 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			\$22.790.000	\$2.896.000				
Nombre del Supervisor MARIA ELENA VILLALOBOS SANCHEZ 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 EJECUCION Y CUATRO (4) MESES MAS												
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/05/02 y riesgos profesionales 2026/05/02 planilla N° 6018259397 correspondiente al mes de mayo 2026 en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportos 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 reacionado 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	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@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