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:	17/07/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	julio/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 Contra	JOHANNA MILENA RAMIREZ	NIT/ CC	52752422
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	lodalidad de Contrataci	CONTRATACION DIRECTA

Cuenta Bancaria N	570009470647711	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente

Garantía Cumplimiento (Si a	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 2026	101726	8/1/2026	1017	8/1/2026	96726	8/1/2026	junio/2026	N/A	N/A	N/A	$2.896.000

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	$2.896.000
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	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			$20.272.000	$0
TOTAL CONTRATO	$25.686.000	$0	$0	$25.686.000	$0

Nombre del Super	MARIA ELENA VILLALOBOS SANCHEZ	Fecha de notificación:	23/10/2025

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Plazo de ejecución	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 2026/07/14 y riesgos profesionales 2026/07/14 planilla N° 93407176 correspondiente al mes de JULIO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de JULIO 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 SATISF

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 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.(

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL	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		
	Pago de Seguridad Social	x	1