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	
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	VERSIÓN: 10
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	29/07/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**	x	**TRAMITE PARA PAGO**	x	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE**	julio-2026

No. de Contrato:	SP-SSAA-1034-2025	**VALOR**	$38.274.000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0401-2025		
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TÉCNICO EN FARMACIA PARA LA UNIDAD DE FARMACIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA-HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	INGRITH YOHANNA GUTIERREZ	**NIT/ CC**	1.007.153.001
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	**Modalidad de Contratación**	CONTRATACION DIRECTA

Cuenta Bancaria No.	89024203272	**Banco:**	BANCOLOMBIA	**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 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	105726	08/01/2026	1057	08/01/2026	100226	08/01/2026	julio 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	$12.588.000		$20.272.000	$12.588.000
TOTAL CONTRATO	**$25.686.000**	**$12.588.000**	**$0**	**$25.686.000**	**$12.588.000**

Nombre del Supervisor	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 EJECUCION Y CUATRO (4) MESES MAS	
Prorrogas:	En tiempo 1-Hasta el 30 de noviembre de 2026 2- 3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/07/05 y riesgos profesionales 2025/07/05 planilla N° 1082501194 correspondiente al mes de junio 2026 en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de **junio 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

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 $ 7.375.000 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

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