

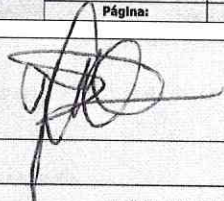
		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO										CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FI-05		
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS										FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024		
		MANUAL: CONTRATACION										VERSIÓN: 10		
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES										PAGINA 1 DE 2		
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI														
Fecha:	11/8/2026	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-1036-2025				VALOR		\$38.274.000							
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0401-2025													
Objeto	PRESACIÓN DE SERVICIOS COMO TÉCNICO EN FARMACIA PARA LA UNIDAD DE FARMACIA DE LA ENTIDAD DESENTRALIZADA ASCRITA AL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	YESICA MAHECHA OSPINA				NIT/ CC		1.023.163.158							
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación		CONTRATACION DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.	488443036923	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						
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACEN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP								
VIGENCIA AÑO 2026	111226	08/01/2026	1112	8/1/2026	103926	8/1/2026	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 CORRIENTES														
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	\$20.272.000,00			\$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						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- Hasta el 30 de noviembre de 2026												
		2-												
		3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/07/13 y riesgos profesionales 2026/07/13 planilla N° 9507010110 correspondiente al mes de julio 2026 en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de julio 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 detallada el cuadro relacionado a continuación:														
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	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 \$ 7.535.000 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	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 :	3209236815	CORREO:	mvillalobos@honn.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	2