

<div>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</div> <div></div>		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05									
<div>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</div>		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024									
		MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10 PAGINA 1 DE 2									
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES															
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI																	
Fecha:	17/07/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO O Y/O MES DE INFORME	31/06/2026										
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				Localidad de Contratació	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	Certificad o de Disponibil idad Presupue stal (CDP) No.	FECHA	DINAMIC A 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					
Plazo de ejecución												FECHA DE INICIO 01/11/2025		FECHA DE TERMINACION 31/7/2026			
Vigencia del Contrato:												VIGENCIA IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUATRO (4) MESES MAS					
Prorrogas:												En tiempo					
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión												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 activida			
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 \$ 6.500.0														
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			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					