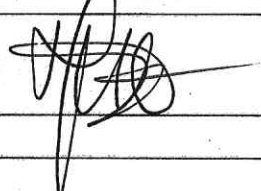


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05						
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024						
		MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10						
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES						PÁGINA 1 DE 2						
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI														
Fecha:	21/08/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	agosto 2026							
No. de Contrato:	SP-SSAA-1048-2025			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	NICOLÁS RICARDO QUIÑONES CÁRDENAS			NIT/ CC		1.024.541.663								
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación		CONTRATACION DIRECTA								
Cuenta Bancaria No.	91263460699	Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente						
Garantía Cumplimiento (Si aplica):		Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):										
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 ALMACEN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
VIGENCIA AÑO 2026	106126	8/1/2026	1061	8/1/2026	100526	8/1/2026	agosto 2026	N/A	N/A	N/A	\$3.147.000			
											\$3.147.000			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$3.147.000			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:														
TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y SIETE 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		\$23.419.000		\$9.441.000						
TOTAL CONTRATO	\$25.686.000	\$12.588.000		\$0		\$28.833.000		\$9.441.000						
Nombre del Supervisor		MARIA ELENA VILLALOBOS SANCHEZ				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 NOVIEMBRE DE 2026												
		2-												
		3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/08/18 y riesgos profesionales 2026/08/18 planilla N° 9509402487 correspondiente al mes de agosto 2026 en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de agosto 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 almacenadas)	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														
DESCRIPCIÓN 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		

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 \$ 7.875.000 se deberá anexas el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL							
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad
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:			CORREO:			

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	2