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	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	21/09/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	septiembre-2026

No. de Contrato:	SP-SSAA-1053-2025	**VALOR**	$38.274.000
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 Contratista	HELDA ESPERANZA RODRIGUEZ MALDONADO	**NIT/ CC**	52.277.917
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	**Modalidad de Contratación**	CONTRATACION DIRECTA

Cuenta Bancaria No.	´0550488414650538	**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				

	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL										
VIGENCIA	**Certificado de Disponibilidad**	**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	110926	08/01/2026	1109	08/01/2026	103726	8/1/2026	**septiembre 2026**	N/A	N/A	N/A	$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		$26.566.000	$6.294.000
TOTAL CONTRATO	**$25.686.000**	**$12.588.000**	**$0**	**$31.980.000**	**$6.294.000**

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

	FECHA DE INICIO	**FECHA DE TERMINACION**
Plazo de ejecución	**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 2026** **2-** **3-**	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/09/15 **y riesgos profesionales** 2026/09/15 **planilla N°** 95180066 **correspondiente al mes de** septiembre 2026 **en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de** septiembre 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	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

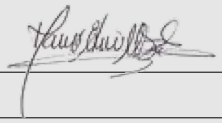
OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 7.575.000 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@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	X	1