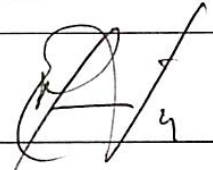


<div>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</div> <div></div>				FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05															
<div>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</div>				UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS				FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024															
				MANUAL: CONTRATACION				VERSIÓN: 10															
				PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES																			
				SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI				PAGINA 1 DE 2															
Fecha:		17-07-2024		INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		JULIO DE 2024											
No. de Contrato:				UCLB-0506-2023		VALOR		\$ 28.306.000,00															
N° de Proceso en el SECOP II Tienda virtual				CPSUCLB-0406-2023																			
Objeto				PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL																			
Nombre de Contratista				BOBADILLA FORERO MARIA ALEJANDRA				NIT/ CC		1012397346													
Clase de Contrato				PRESTACIÓN DE SERVICIO		Modalidad de Contratación		CONTRATACIÓN DIRECTA															
Cuenta Bancaria No.		24095964728		Banco :		BANCO CAJA SOCIAL		Tipo de Cuenta:		Ahorros		X		Co rri ente									
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		N/A		Aseguradora (Si aplica):		N/A		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		N/A													
VIGENCIA		INFORMACIÓN PRESUPUESTAL																					
		Certificado de Disponibilid ad Presupuest al (CDP) No.		FECHA		DINA MICA No.		FECHA		Registro Presupu estal (RP) No.		FECHA CRP		No. FACTURA y/o MES DE PRESTACI ON DEL SERVICIO		FECHA FACTURA		ENTRA DA ALMAC EN Y/O SOPOR TE INGRES O		ALMACEN AL QUE INGRESA		VALOR OBLIGACIÓN	
AÑO 2024		9224		1/5/2024				9224		1/5/2024		JULIO										\$ 2.395.000,00	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO																						\$ 2.395.000,00	
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:				DOS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL																			
VIGENCIA		VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)													
AÑO 2023		\$ 4.356.000,00		\$ 0,00		\$ 0,00		\$ 4.356.000,00		0,00													
AÑO 2024		\$ 23.950.000,00		\$ 0,00		\$ 0,00		\$ 16.765.000,00		\$ 7.185.000,00													
TOTAL CONTRATO		\$ 28.306.000,00		\$ 0,00		\$ 0,00		\$ 21.121.000,00		\$ 7.185.000,00													
Nombre del Supervisor				Dra. Marta Edy Ariza Mateus				Fecha de notificación:				22/11/2023											
Plazo de ejecución				FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION															
				01/11/2023				31/10/2024															
Vigencia del Contrato:				12 MESES																			
Prorrogas:				En tiempo																			
				1-																			
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024-07-05 y riesgos profesionales 2024-07-05 Planilla N° – 78239096 correspondiente al mes de JUNIO DE 2024, en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de JUNIO DE 2024 ; 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 da 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									
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															
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 \$ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.																							
INFORMACIÓN GENERAL																							
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES																
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor															

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	Dra. Marta Edy Ariza Mateus	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	63.433.451		
CELULAR :	3156492792	CORREO: maariza@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	X	1