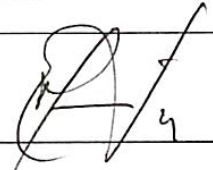


HOSPITAL MILITAR CENTRAL				FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05						
				UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS				FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024						
				MANUAL: CONTRATACION				VERSIÓN: 10						
				PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES										
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-0511-2023		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				CASTAÑO OSPITIA MAYRA YORELY				NIT/ CC		1018452279				
Clase de Contrato				PRESTACIÓN DE SERVICIO		Modalidad de Contratación				CONTRATACIÓN DIRECTA				
Cuenta Bancaria No.		004870366053		Banco :		BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta:		Ahorros		X		
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		N/A		Aseguradora (Si aplica):		N/A		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):				N/A		
VIGENCIA		INFORMACIÓN PRESUPUESTAL										VALOR OBLIGACIÓN		
		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 ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESOS	ALMACEN AL QUE INGRESA			
AÑO 2024		17824	1/5/2024			17824	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 2024-07-03 y riesgos profesionales 2024-07-03 Planilla N° – 7928872518 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 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