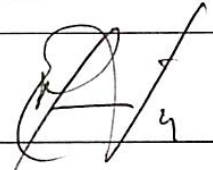


HOSPITAL MILITAR CENTRAL						FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO							CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05					
						UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS							FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024					
						MANUAL: CONTRATACION							VERSIÓN: 10					
						PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES												
						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-0561-2023				VALOR		\$ 38.256.000,00						
Nº de Proceso en el SECOP II Tienda virtual						CPSUCLB-0408-2023												
Objeto						REVISOR DE CUENTAS MEDICAS												
Nombre de Contratista						RICARDO PEDRAZA				NIT/ CC		79047442						
Clase de Contrato						PRESTACIÓN DE SERVICIO				Modalidad de Contratación				CONTRATACIÓN DIRECTA				
Cuenta Bancaria No.		542270459				Banco :		BANCO DE BOGOTA			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				
VIGENCIA		INFORMACIÓN PRESUPUESTAL																
		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 INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN						
AÑO 2024		11424	1/5/2024			11424	1/5/2024	JULIO					\$ 3.237.000,00					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO \$ 3.237.000,00																		
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TRES MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL PESOS																		
VIGENCIA		VR. CONTRATO (A)				VR. ADICION (B)				REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)				
AÑO 2023		\$ 5.886.000,00				\$ 0,00				\$ 0,00		\$ 5.886.000,00		0,00				
AÑO 2024		\$ 32.370.000,00				\$ 0,00				\$ 0,00		\$ 22.659.000,00		\$ 9.711.000,00				
TOTAL CONTRATO		\$ 38.256.000,00				\$ 0,00				\$ 0,00		\$ 28.545.000,00		\$ 9.711.000,00				
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 2024-07-12 y riesgos profesionales 2024-07-12 Planilla N° – 78667234 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		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