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:	18/07/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE**	JULIO
No. de Contrato:	UCLB-1195-2023			**VALOR**	74.384.000		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CPSUCLB-0472-2023						
Objeto	BACTERIOLOGO CON EXPERIENCIA EN CITOGENÉTICA PARA EL SERVICIO DE PATOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	LINDA SHIRLEY PALACIOS VILLAMIZAR			**NIT/ CC**	1090456481		
Clase de Contrato	Prestación de servicios			**Modalidad de Contratación**	Contratación directa		

Cuenta Bancaria No.	82000004415	**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 ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO**	**ALMACEN AL QUE INGRESA**	**VALOR OBLIGACIÓN**
VIGENCIA AÑO (2024)	20524	05/01/2024			20524	05/01/2024	JULIO	N/A	N/A	N/A	$6.294.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$6.294.000**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (Ej: Cuarenta y seis millones cuatroscientos sesenta y nueve mil novescientos sesenta y un pesos m/cte)

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VR. EJECUTADO (D)**	**SALDO CONTRATO (A+B-C-D)**
VIGENCIA AÑO (2023)	11.444.000			11.444.000	
VIGENCIA AÑO (2024)	62.940.000			$ 44.058.000,00	$ 18.882.000,00
TOTAL CONTRATO	**$ 74.384.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 55.502.000,00**	**$ 18.882.000,00**

Nombre del Supervisor: Julian Andres Barreto Plaza — **Fecha de notificación: 01/11/2023**

	FECHA DE INICIO	**FECHA DE TERMINACION**
Plazo de ejecución	1/11/2023	31/10/2024
Vigencia del Contrato	Vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/07/08 y riesgos profesionales 2024/07/08 Planilla N° 78491881 – correspondiente al mes de Junio

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	QUE SE	MARCA	SERIE DEL	EQUIPO	ENTRADA AL	INGRESO	PARTE (SI	(Instalado/	CANTIDAD	REPORTE DE	INSTALACIÓ	UNITARIO	TOTAL	NES

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE	ENTRADA	SALIDA DEL	NES

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: Julian Andres Barreto Plaza

NÚMERO DE CEDULA: 1083870504

CELULAR: 3164348402 — **CORREO:** jbarreto@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	3
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	2