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:	02 SEPTIEMBRE 2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	AGOSTO 2024

No. de Contrato:	UCLB-0684/2023	VALOR	$25.776.000,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CPSUCLB-0416-2023		
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	GALINDO TOVAR ENELIS MIREYA	NIT/CC	65631561
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA

Cuenta Bancaria No.	0550474100062220	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	Aseguradora (Si aplica):	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
AÑO 2024	55424	09/01/2024			55424	09/01/2024	AGOSTO 2024				$2.181.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$2.181.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y UN MIL PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2023	$3.966.000,00		$330.500,00	$3.635.500,00	$,00
AÑO 2024	$21.810.000,00		$,00	$17.448.000,00	$4.362.000,00
TOTAL CONTRATO	$$25.776.000,00 -		$330.500,00 -	$21.083.500,00	$4.362.000,00 -

OBSERVACIONES: En tramite de factura del mes vigente	

Nombre del Supervisor MARTHA CONSUELO ROMERO TORRES		Fecha de notificación:01/08/2024
Plazo de ejecucion	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	01/11/2023	31/10/2024

Vigencia del Contrato:	31/10/2024
	En tiempo
	1-
	2-
	3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 9469600148y riesgos profesionales9469600148 Planilla N° 9469600148 – correspondiente al mes de JULIO
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JULIO); 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 EN TRAMITE PARA PAGO

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	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia s 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

DESCRIPCIO N DEL	SERIE	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA	FECHA DE ENTRA	FECHA DE	OBSERVACI

OBSERVACIONES

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 6.500.000 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:

Martha Consuelo Romero Torres
Servidor Misional en Sanidad Militar
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

AUTORIZACIÓN
Martha Romero T.

NÚMERO DE CEDULA:	51.871.493
CELULAR :	CORREO: mromero@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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

CLINICA JUAN N.CORPAS
CLINICA CORPAS
830113849
CARRERA 111 No 159A - 61- Tel. 1-6865000
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

[RIncAfi]

Fecha: 21/08/24
Hora: 05:48:21
Página: 1

57171

Nombre : ALLISON JHANICE CORREDOR FORERO CC 1000851279

Día	Mes	Año
21	8	2024

Ocupación : No se tiene información
Empresa : EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA SA

Tipo de Incapacidad : ENFERMEDAD GENERAL Historia Clínica 1000851279

Fecha Inicia : 20/08/2024 Fecha Final : 02/09/2024 Días De Incapacidad O Licencia : 14 CATORCE
Causa Externa : ENFERMEDAD GENERAL Tipo de Tratamiento: Ambulatorio Procedimiento :
Diagnóstico Principal : O479 FALSO TRABAJO DE PARTO SIN OTRA ESPECIFICACION
Diagnóstico Relacionador :
Fecha Accidente: / / 00:00:00 Prórroga : NO Expedida En : CLINICA CORPAS - CONS. GINECOBSTETRICIA 1
Empresa Donde Trabaja :
Observaciones del Profesional :

ANA MARIA PUERTO NARVAEZ
Documento. CC 1140424503
Reg. 1140424503
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (890450)

Firma Y Sello De Presta. Economicas

Firma Afiliado

Recibido 22/8/24

Observaciones de la EPS: Este certificado no implica el reconocimiento de la prestación económica. La validación de la prórroga se vera reflejada en el momento de la liquidación de la incapacidad, siempre y cuando, cumpla con los requisitos. Para acceder al reconocimiento económico se debe solicitar a través de la radicación por parte del empleador.