HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	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:	30 AGOSTO 2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	AGOSTO 2024
No. de Contrato:	UCLB-0932/2023			VALOR	$25.776.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CPSUCLB-0436-2023						
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	MARTINEZ LUCENA DERLY VANESSA			NIT/ CC	1000383329		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA		

Cuenta Bancaria No.	0550488430164415	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente	

Garantia Cumplimiento (Si aplica) :	Asegurador a (Si aplica):	Fecha de aprobación de la Garantia (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	55224	09/01/2024			55224	09/01/2024	AGOSTO 2024				$1.744.800,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$1.744.800,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: UN MILLON SETECIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2023	$3.966.000,00		$132.200,00	$3.833.800,00	$,00
AÑO 2024	$21.810.000,00		$2.253.700,00	$14.612.700,00	$4.943.600,00
TOTAL CONTRATO	$$25.776.000,00 -		$2.385.900,00 -	$18.446.500,00	$4.943.600,00 -

OBSERVACIONES: En tramite de factura del mes vigente Informe de dias no laborados	24 al 28/07/2024 - 04/08/2024

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 78784882y riesgos profesionales78784882 Planilla N° 78784882 – 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); asi 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 o 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 Enfermeria
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

Bogotá, D.C 20/08/2024

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

Asunto: Informe de días no laborados contrato N° 0932/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Mayor jefe del Servicio de Enfermería, con el fin de informar los días no laborados de las obligaciones contractuales del contrato No 0932/2023 suscrito con el Hospital Militar Central, del 24 al 28 de julio del 2024 por motivos de incapacidad médica, del 04 de agosto del 2024 por motivos personales.
De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Derly Martinez...
MARTINEZ LUCENA DERLY VANESSA
Cédula de Ciudadanía 1000383329
Contrato No. 0932/2023

JARBSALUD IPS S.A.S

Incapacidad Medica
Intramural

No 84863

calle 33 BIS # 15-64 9143914-3165227531

Nit:900829069-1 Cod:110013097001 414436 Urgencias

Causa	02	Entidad	MUNDIAL DE SEGUROS		
Paciente	1000383329	MARTINEZ	LUCENA	DERLY	VANESSA

INCAPACIDAD MEDICA POR 5 DIAS DESDE EL 24/07/2024 HASTA EL 28/07/2024

Origen Comun

Retroactiva No

Diagnosticos

Prorroga No

S500-CONTUSION DEL CODO

"finalizada la incapacidad debe retornar sus actividades laborales ya que no se encuentra sujeto a la próxima cita de control "



Jhonny Alexander Guerrero Granado

No_Documento 88242227

ORTOPEDIA

RM 88242227