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: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

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

No. de Contrato:	UCLB-1980-2023			VALOR	24.057.400		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CPSUCLB-0566-2023						
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA						
Nombre de Contratista	DANNA VALENTINA SANABRIA NOVOA			NIT/ CC	1000383577		
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA		
Cuenta Bancaria No.	388-9805-6373	Banco:	BanColombia	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente

Garantia 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 FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO 2023	99323	27/06/2023	993	27/06/2023	456623	31/10/2023					2.181.000
VIGENCIA AÑO 2024	56424	9/02/2024			56424	9/02/2024	AGOSTO DE 2024				
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											2181000

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y UN MIL 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	2.247.400			2.247.400	0
VIGENCIA AÑO 2024	21.810.000			$ 17.448.000,00	$ 4.362.000,00
TOTAL CONTRATO	$ 24.057.400,00	$ -	$ -	$ 19.695.400,00	$ 4.362.000,00

Nombre del Supervisor :Fabian Augusto Montoya Molina	Fecha de notificación:13/07/2024	
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	27 de Noviembre de 2023	31 de Octubre de 2024
Vigencia del Contrato:	12 Meses	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/08/05 y riesgos profesionales 2024/08/05 Planilla N°79171826 – 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

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 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

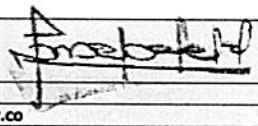
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

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 $ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACION GENERAL								
Entidad	Nº Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Fabian Augusto Montoya Molina		**FIRMA**	
NÚMERO DE CEDULA:	**16.931.969 de Cali**		
CELULAR :		**CORREO: urgencias@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	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1