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:	01 SEPTIEMBRE 2024	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE**	AGOSTO 2024
No. de Contrato:	UCLB-0736/2023			**VALOR**	$51.564.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CPSUCLB-0425-2023						
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	**ANAYA GIRALDO JOSE DARIO**			**NIT/ CC**	1016031369		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			**Modalidad de Contratación**	CONTRATACION DIRECTA		

Cuenta Bancaria No.	24049320921	**Banco:**	Banco Caja Social	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**Asegurador a (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**	**ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO**	**ALMACEN AL QUE INGRESA**	**VALOR OBLIGACIÓN**
AÑO 2024	65724	1/9/2024			65724	1/9/2024	AGOSTO 2024				$4.363.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$4.363.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES TRECIENTOS SESENTA Y TRES MIL PESOS

VIGENCIA	**VALOR CONTRATO**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VALOR EJECUTADO**	**SALDO CONTRATO**
AÑO 2023	$7.934.000,00		$,00	$7.934.000,00	$,00
AÑO 2024	$43.630.000,00		$,00	$34.904.000,00	$8.726.000,00
TOTAL CONTRATO	**$$51.564.000,00 -**		**$,00 -**	**$42.838.000,00**	**$8.726.000,00 -**

OBSERVACIONES: **Pendiente entrega de factura y planilla para tramite de pago**	

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 y riesgos profesionales Planilla N° – 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 / 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

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

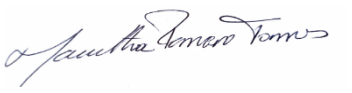
OBSERVACIONES

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

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