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:	30 JULIO 2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	JULIO 2024
No. de Contrato:	SP-SUMD-0293-2024			VALOR	$16.648.300,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-SECO-0224-2024						
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	GARCES DIAZ SUSANA MARGARITA			NIT/CC	1050962053		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA		
Cuenta Bancaria No.	0550488443878092	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	Asegurador a (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	127424	12/01/2024			172124	12/03/2024	JULIO DE 2024				$1.817.500,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$1.817.500,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: UN MILLON OCHOCIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2023	$,00		$,00	$,00	$,00
AÑO 2024	$16.648.300,00		$,00	$9.451.000,00	$7.197.300,00
TOTAL CONTRATO	$$16.648.300,00 -		$,00 -	$9.451.000,00-	$7.197.300,00 -

OBSERVACIONES: Informe de dias no laborados	del 04 al 06 de julio del 2024, por motivos de incapacidad médica, del 07 y 08 de julio del 2024 por motivos personales

Nombre del Supervisor MAYOR MARIA CLAUDIA GOMEZ ZERDAS	Fecha de notificación:12/03/2024

Plazo de ejecucion	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	12/03/2024	31/10/2024
Vigencia del Contrato:	31/10/2024	
	En tiempo	
	1.	
	2.	
	3.	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 7/18/2024y riesgos profesionales 7/18/2024Planilla N° 30195449 – correspondiente al mes de JUNIO
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JUNIO); 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	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (instalado / existencia o almacen)	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:	MAYOR MARIA CLAUDIA GOMEZ ZERDAS OFICIAL SUPERIOR EN COMISION ADMINISTRATIVA PERMANENTE EN LA ADMINISTRACION PUBLICA SERVICIO DE ENFERMERIA SUPERVISIORA DEL CONTRATO
NÚMERO DE CEDULA:	37.948.181
CELULAR :	CORREO: cgomez@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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

1.897.500

Bogotá, D.C 17/07/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

Asunto: Informe de días no laborados contrato N° 0293/2024

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 0293/2024 suscrito con el Hospital Militar Central, del 04 al 06 de julio del 2024, por motivos de incapacidad médica, del 07 y 08 de julio del 2024 por motivos personales.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Susana Garces Diaz 1050962053

Garces Diaz Susana Margarita
Cédula de Ciudadanía 1050962053
Contrato No. 0293/2024

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS
INCAPACIDAD
GENERADO: 04/07/2024 17:00

SUCURSAL UNIDAD DE URGENCIAS PUENTE ARANDA EPS SANITAS
DIRECCIÓN CARRERA 62 # 14-41

TELEFONO 6466060
ENTIDAD AFILIACIÓN EPS SANITAS PGP CONTRIBUTIVO

NIT 901041691-3
CIUDAD BOGOTA D.C.

NOMBRE USUARIO SUSANA MARGARITA GARCES DIAZ
FECHA 04/07/2024

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC - 1050962053
PLAN USUARIO OTRO

CARNÉT 000 (PLAN) 000100000 (CONTRATO) 0000 (FAMILIA) 00 (USUARIO)
TIPO DE USUARIO CONTRIBUTIVO

FECHA NACIMIENTO: 28/09/1993 **ESTADO CIVIL:** CASADO (A) **OCUPACION:** PENSIONADOS,ESTUDIANTES Y AMAS DE

DIR. DOMICILIO: CR 69 J 64 37 **TEL. DOMICILIO:** 0 **LUGAR RESIDENCIA:** BOGOTA D.C.

TIPO VINCULACION: OTRO **ACOMPAÑANTE:** GARCES SUSANA **TEL. ACOMPAÑANTE:** 0

RESPONSABLE SUSANA MARGARITA GARCES DIAZ **PARENTESCO** PACIENTE **TEL RESPONSABLE** 0

INCAPACIDAD

DÍAS DE INCAPACIDAD: 3 **FECHA INICIAL:** 04/07/2024 **FECHA FINAL:** 06/07/2024

DIAGNÓSTICO: M54.5 **TIPO DE INCAPACIDAD:** GENERAL

OBSERVACIONES:

CENTRO MÉDICO PUENTE ARANDA
NIT 800.251.440-6
Carrera 62 Nº 14 - 41

FIRMA Y SELLO MÉDICO: _____ **FIRMA USUARIO:** _____

PROFESIONAL: OSORIO JIMENEZ YASMIN AMPARO

REGISTRO: 1022386965

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Viviana Sánchez
Enfermera Jefe
RUN 17429
12-06-24
7:40 am

OPS

Paula Portela
12/julio 2024
4:06am