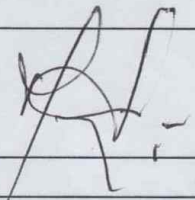


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05							
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024							
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10							
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES												
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI					PAGINA 1 DE 2							
Fecha:	12-09-2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	SEPTIEMBRE DE 2024							
No. de Contrato:		UCLB-0507-2023		VALOR		\$ 28.306.000,00								
N° de Proceso en el SECOP II Tienda virtual		CPSUCLB-0406-2023												
Objeto		PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL												
Nombre de Contratista		CALDERON CRUZ JOSE WILSON			NIT/ CC		1069174981							
Clase de Contrato		PRESTACIÓN DE SERVICIO		Modalidad de Contratación			CONTRATACIÓN DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.	458070018700	Banco :	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Co rri ente						
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		N/A	Aseguradora (Si aplica):	N/A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		N/A							
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL													
	Certificado de Disponibilid ad Presupuest al (CDP) No.	FECHA	DINA MICA No.	FECHA	Registro Presupu estal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECH A FACT URA	ENTRA DA ALMAC EN Y/O SOPOR TE INGRES O	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
AÑO 2024	9424	05/01/2024			9424	05/01/2024	SEPTIEMBRE				\$ 2.395.000,00			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO		\$ 2.395.000,00												
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:		DOS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL												
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)			REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)				
AÑO 2023	\$ 4.356.000,00		\$ 0,00			\$ 0,00		\$ 4.356.000,00		0,00				
AÑO 2024	\$ 23.950.000,00		\$ 0,00			\$ 0,00		\$ 21.555.000,00		\$ 2.395.000,00				
TOTAL CONTRATO	\$ 28.306.000,00		\$ 0,00			\$ 0,00		\$ 25.911.000,00		\$ 2.395.000,00				
Nombre del Supervisor		Dra. Marta Edy Ariza Mateus					Fecha de notificación:		22/11/2023					
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION							
		01/11/2023					31/10/2024							
Vigencia del Contrato:		12 MESES												
Prorrogas:		En tiempo 1-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024-09-03 y riesgos profesionales 2024-09-03 Planilla N° – 1065641464 correspondiente al mes de AGOSTO DE 2024, en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de AGOSTO DE 2024 ; 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 relacionado a continuación:														
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 \$ 6.808.000 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:	Dra. Marta Edy Ariza Mateus	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	63.433.451		
CELULAR :	3156492792	CORREO: maariza@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		
Pago de Seguridad Social	X	1