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	
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	VERSIÓN: 10
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	16/09/2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	SEPTIEMBRE

No. de Contrato:	UCLB-1195-2023			**VALOR**	74.384.000				
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CPSUCLB-0472-2023								
Objeto	BACTERIOLOGO CON EXPERIENCIA EN CITOGENÉTICA PARA EL SERVICIO DE PATOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL								
Nombre de Contratista	LINDA SHIRLEY PALACIOS VILLAMIZAR			**NIT/ CC**	1090456481				
Clase de Contrato	Prestación de servicios			**Modalidad de Contratación**	Contratación directa				
Cuenta Bancaria No.	82000004415	**Banco:**	Bancolombia	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	X	**Corriente**		
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		**Aseguradora (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 FACTURA**	**ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO**	**ALMACEN AL QUE INGRESA**	**VALOR OBLIGACIÓN**
VIGENCIA AÑO (2024)	20524	05/01/2024			20524	05/01/2024	SEPTIEMBRE	N/A	N/A	N/A	$6.294.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$6.294.000**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Seis millones doscientos noventa y cuatro 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)	11.444.000			11.444.000	
VIGENCIA AÑO (2024)	62.940.000			$ 56.646.000,00	$ 6.294.000,00
TOTAL CONTRATO	**$ 74.384.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 68.090.000,00**	**$ 6.294.000,00**

Nombre del Supervisor: Julian Andres Barreto Plaza		**Fecha de notificación: 01/11/2023**
	FECHA DE INICIO	**FECHA DE TERMINACION**
Plazo de ejecución	1/11/2023	31/10/2024
Vigencia del Contrato	Vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.	
	En tiempo	
	1-	
	2-	
Prorrogas:	**3-**	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/09/16 y riesgos profesionales 2024/09/16 Planilla N° 80042626 – correspondiente al mes de Agosto
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de (Agosto); 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 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 $ 6.808.000 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: Julian Andres Barreto Plaza	Julian Andres Barreto
NÚMERO DE CEDULA:	1083870504
CELULAR: 3164348402	**CORREO:** jbarreto@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	3
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	2