

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					PAGINA 1 DE 2					
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI												
Fecha:	24 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-0368-2024			VALOR	\$14.540.000,00							
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-SECO-0262-2024											
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	SANCHEZ SANCHEZ LAURA NAYELY			NIT/CC	1000620418							
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.	91246008201	Banco:	BANCOLOMBIA		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	ALMACÉN 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			198624	11/04/2024	JULIO DE 2024					\$2.181.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO												\$2.181.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y UN MIL PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2023	\$,00		\$,00	\$,00	\$,00
AÑO 2024	\$14.540.000,00		\$,00	\$7.997.000,00	\$6.543.000,00
TOTAL CONTRATO	\$14.540.000,00	-	\$,00	\$7.997.000,00-	\$6.543.000,00

OBSERVACIONES:	
----------------	--

Nombre del Supervisor MAYOR MARIA CLAUDIA GOMEZ ZERDAS	Fecha de notificación:11/04/2024
--	----------------------------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION	
	11/04/2024		31/10/2024	
Vigencia del Contrato:	31/10/2024			
	En tiempo			
	1			
	2			
	3			

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 7/16/2024y riesgos profesionales 7/16/2024Planilla N° 78086241 – 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 reaccionado a continuación:

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 s 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 DE	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:		VERSION	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 SUPERVISORA DEL CONTRATO	
NÚMERO DE CÉBULA:	37.948.181	
CELULAR:	Maria Claudia Gómez Zerdas Enfermera Jefe C.C. 37.948.181	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		