HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	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:	04 OCTUBRE 2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	JULIO 2024
No. de Contrato:	UCLB-0907/2023			VALOR	$25.776.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CPSUCLB-0436-2023						
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	CARPIO ROJAS DANNA VALENTINA			NIT/CC	1007703549		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA		
Cuenta Bancaria No.	0550488413552206	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	60724	09/01/2024			60724	09/01/2024	JULIO DE 2024				$872.400,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$872.400,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2023	$3.966.000,00		$1.189.800,00	$2.776.200,00	$,00
AÑO 2024	$21.810.000,00		$ 7.124.600,00	$13.304.100,00	$,00
TOTAL CONTRATO	$$25.776.000,00 -		$8.314.400,00 -	$16.080.300,00-	$,00 -

OBSERVACIONES: Informe de dias no laborados	08,10,15 y 16 de julio del 2024, por motivos personales.

Nombre del Supervisor MAYOR MARIA CLAUDIA GOMEZ ZERDAS	Fecha de notificación:21/03/2024

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 7/16/2024y riesgos profesionales 7/16/2024Planilla N° 9469962805 – correspondiente al mes de MAYO
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (MAYO).

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 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

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		