

<div>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</div>		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05								
<div>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</div>		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS				FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024								
		MANUAL: CONTRATACIÓN				VERSIÓN: 10								
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES				PAGINA 1 DE 2								
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI												
Fecha:	17/09/2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	x	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Septiembre							
No. de Contrato:	UCLB-0951-2023		VALOR		20020000									
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CPSUCLB-0437-2023													
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	JARAMILLO NOGUERA DANIELA PAULINA		NIT/ CC		1018501120									
Clase de Contrato	Prestación de Servicios		Modalidad de Contratación		Contratación Directa									
Cuenta Bancaria No.	0550488403664896	Banco:	DAVIVIENDA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X Corriente							
Garantía Cumplimiento (Si aplica):		Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):										
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	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								
VIGENCIA AÑO 2024	101724	9/01/2024			101724	9/01/2024	Septiembre	N/A	N/A	N/A	\$ 1.694.000			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$1.694.000			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Un millón Seiscientos noventa y cuatro mil pesos m/cte.														
VIGENCIA	VR. CONTRATO		VR. ADICION		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES		VR. EJECUTADO		SALDO CONTRATO					
VIGENCIA AÑO 2023	\$ 3.080.000						\$ 3.080.000		\$ -					
VIGENCIA AÑO 2024	\$ 16.940.000						\$ 15.246.000		\$ 1.694.000					
TOTAL CONTRATO		\$20.020.000		\$0		\$0		\$18.326.000		\$1.694.000				
Nombre del Supervisor		NATHALIE JOHANNA GÓMEZ ANAYA				Fecha de notificación:		11/02/2024						
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		1/11/2023				31/10/2024								
Vigencia del Contrato: VIGENCIA AÑO 2024														
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/09/04 y riesgos profesionales 2024/09/04, Planilla N° 9471557185 – correspondiente al mes de AGOSTO de 2024. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que ella contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de AGOSTO; así mismo certifico que ella 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 detallada de el cuadro reacionado 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 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 supervi														
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 \$ 6.500.000 se deberá anexas el siguiente cuadro.														
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	INFORMACIÓN GENERAL		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES							
			Entidad	SALUD Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor						

DOCUMENTOS SUPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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