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:	30 JULIO 2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	JULIO 2024
No. de Contrato:	UCLB-1884/2023			VALOR	$25.776.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CPSUCLB-0514-2023						
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	BELTRAN CASTIBLANCO JUAN DAVID			NIT/CC	80056013		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA		
Cuenta Bancaria No.	0550008400742782	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	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	6624	05/01/2024			6624	05/01/2024	JULIO DE 2024				$1.962.900,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$1.962.900,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2023	$3.966.000,00		$,00	$3.966.000,00	$,00
AÑO 2024	$21.810.000,00		$,00	$15.048.900,00	$6.761.100,00
TOTAL CONTRATO	$$25.776.000,00 -		$,00 -	$19.014.900,00-	$6.761.100,00 -

OBSERVACIONES: Informe de dias no laborados	del 10 al 12 de julio del 2024 por motivos de incapacidad médica.

Nombre del Supervisor MAYOR MARIA CLAUDIA GOMEZ ZERDAS	Fecha de notificación:22/02/2024

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 7/9/2024y riesgos profesionales 7/9/2024Planilla N° 78055347 – 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 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		

1.962.900

Bogotá, D.C 17/07/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

Asunto: Informe de días no laborados contrato N° 1884/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Mayor jefe del Servicio de Enfermería, con el fin de informar los días no laborados de las obligaciones contractuales del contrato No 1884/2023 suscrito con el Hospital Militar Central, del 10 al 12 de julio del 2024 por motivos de incapacidad médica.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Beltran Castiblanco Juan David
Cédula de Ciudadanía 80056013
Contrato No. 1884/2023

INCAPACIDAD MÉDICA
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO - NIT: 860015536-1

Fecha: 10-jul-2024 **No. Incapacidad** 531329

Nombres y Apellidos
JUAN DAVID BELTRAN

Tipo y Nº Documento
Cédula 80056013

Empresa donde Trabaja
-

Ocupación
-

Teléfono
-

Aseguradora
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

Diagnóstico
Diagnóstico Principal Código: L050
Diagnostico Relacionado Código: -

Causa Motivo Atención
Enfermedad general

Tipo
Ambulatoria

Fecha de Inicio
10/07/2024

Dias
3 (tres)

Fecha de finalizacion
12/07/2024

Grupo del Servicio:
Atención inmediata

Modalidad del Servicio:
Intramural

Origen
Común

RetroActiva
No

Observaciones
3 DIAS

Lo invitamos a que participe en las actividades de promoción y prevención que ofrece su Entidad Promotora de Salud (EPS)

Firma Médico ELIANA LORENA LOPEZ MARTINEZ

R.M. No. 1032469147

Firma Paciente

Doc Nº: Cédula 80056013