

<div>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</div>		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05					
<div>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</div>		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:	03 OCTUBRE 2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	SEPTIEMBRE 2024				
No. de Contrato:	SP-SUMD-0492-2024			VALOR	\$8.069.700,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-SECO-0359-2024										
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	MORA ROJAS MARIA ALEJANDRA			NIT/CC	1000219412						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	57122483985	Banco:	BANCOLOMBIA		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	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
AÑO 2024	199724	07/06/2024			283224	10/07/2024	SEPTIEMBRE 2024				\$2.108.300,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$2.108.300,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES CIENTO OCHO MIL TRECIENTOS PESOS											
VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)		VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO				
AÑO 2023	\$,00			\$,00		\$,00	\$,00				
AÑO 2024	\$8.069.700,00			\$,00		\$5.816.000,00	\$2.253.700,00				
TOTAL CONTRATO	\$8.069.700,00	-		\$,00		\$5.816.000,00	\$2.253.700,00				
OBSERVACIONES: En tramite de factura del mes vigente Informe de dias no laborados del 29/08/2024											
Nombre del Supervisor MARTHA CONSUELO ROMERO TORRES						Fecha de notificación:01/08/2024					
Plazo de ejecucion		FECHA DE INICIO FECHA DE TERMINACION									

	08/07/2024		31/10/2024											
Vigencia del Contrato:	31/10/2024													
	En tiempo													
	1-													
	2-													
	3-													
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla N°1065911134 – 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 de 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 EN TRAMITE PARA PAGO														
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 situación)	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 DE I	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: VERSIÓN 10
							Página: 2 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:		 Martha Consuelo Romero Torres Servidor Misional en Sanidad Militar Servicio de Enfermería Supervisora Contrato		 AUTORIZACIÓN Martha Romero T.	
NÚMERO DE CEDULA:	51.871.493				
CELULAR :				CORREO: mromero@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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

Bogotá, D.C 17/09/2024

Señora
Martha Consuelo Romero Torres
Servidor Misional en Sanidad Militar
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

Asunto: Informe de días no laborados contrato N°SP-SUMD-0492-2024

De manera atenta me dirijo a la Señora jefe Supervisora del contrato, con el fin de informar los días no laborados de las obligaciones contractuales del contrato No SP-SUMD-0492-2024 suscrito con el Hospital Militar Central, el día 29 de agosto por motivos personales.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,


MORA ROJAS MARIA ALEJANDRA
Cédula de Ciudadanía 1.000.219.412
Contrato No.SP-SUMD-0492-2024

