

<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:	UCLB-0938/2023			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	MORALES ZAMORA KAREN ALEJANDRA			NIT/CC	1000250236							
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.	329099980	Banco:	BANCO BOGOTA		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	54124	09/01/2024			54124	09/01/2024	SEPTIEMBRE 2024					\$2.035.600,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO												\$2.035.600,00
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	\$3.966.000,00			\$132.200,00		\$3.833.800,00	\$,00					
AÑO 2024	\$21.810.000,00			\$1.817.500,00		\$17.520.700,00	\$2.471.800,00					
TOTAL CONTRATO	\$25.776.000,00	-		\$1.949.700,00		- \$21.354.500,00	\$2.471.800,00					
OBSERVACIONES: En tramite de factura del mes vigente												
del 01/09/2024												
Nombre del Supervisor MARTHA CONSUELO ROMERO TORRES												
Fecha de notificación:01/08/2024												
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 110y riesgos profesionales110 Planilla N°1065758921 – 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 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

DESCRIPCION DEL	SERIE	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	OBSERVACIONES

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:	<div>Martha Consuelo Romero Torres Servidor Misional en Sanidad Militar Servicio de Enfermería Supervisora Contrato</div> <div>AUTORIZACIÓN Martha Romero T.</div>
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