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 SEPTIEMBRE 2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	SEPTIEMBRE 2024

No. de Contrato:	UCLB-0972/2023	VALOR	$51.564.000,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CPSUCLB-0438-2023		
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	VARGAS MOLINA GERSON	NIT/CC	1024537460
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA

Cuenta Bancaria No.	10868584306	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente	

Garantia 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	98024	1/9/2024			98024	1/9/2024	SEPTIEMBRE 2024				$4.072.134,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$4.072.134,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES SETENTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2023	$7.934.000,00		$,00	$7.934.000,00	$,00
AÑO 2024	$43.630.000,00		$,00	$38.976.134,00	$4.653.866,00
TOTAL CONTRATO	$$51.564.000,00 -		$,00 -	$46.910.134,00	$4.653.866,00 -

OBSERVACIONES: En tramite de factura del mes vigente informe de días no laborados	del 16 y 17/08/2024

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 56y riesgos profesionales56 Planilla N°9472473274 – 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 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 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
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 Enfermeria
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

4072 134

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° UCLB-0972/2023

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 UCLB-0972/2023 suscrito con el Hospital Militar Central, los días 16 y 17 de agosto por motivos de incapacidad médica.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

VARGAS MOLINA GERSON
Cédula de Ciudadanía 1.024.537.460
Contrato No. **UCLB-0972/2023**

Colsubsidio Salud

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT.860.007.336-1

Consecutivo:	0002322489				**COLSUBSIDIO NIT 860007336-1**
Nombre del Paciente	GERSON VARGAS MOLINA	**Tipo de documento**	Cédula de Ciudadania	**Número de documento**	1024537460
Fecha de nacimiento	16/02/1993	**Edad atención**	31 años 6 meses	**Sexo**	Masculino
Episodio	82486845	**Asegurador**	SANITAS PBS EVENTO	**Categoría**	A
Tipo de vinculación	RCT: Cotizante	**Lugar de atención**	CL CIUDAD ROMA		
Fecha de impresión:	16/08/2024				

Incapacidad Médica

Hra Ingreso a Consulta: 8:28 **Fecha Ingreso a Consulta:** 16/08/2024 **Clse incapacidad:** Enfermedad General

Modalidad de atención: Urgencias **Tipo incapacidad:** Inicial

Fecha de Egreso: 16/08/2024 **Procedimiento Estético:** NO

Días de Incapacidad: 2 DOS **Fecha Inicio Incapacidad:** 16/08/2024 **Fecha Fin Incapacidad:** 17/08/2024

Diagnóstico Principal: G439

Observaciones:

Sergio Ivan Moreno S
Médico General
R.M. 1014206473

Firma del prestador:

Responsable: MORENO, SERGIO **Número de identificación:** 1014206473 **Especialidad:** MEDICINA GENERAL

Daniela Fontecha 31/09/2024 12:15pm

Entidad: FUERZAS MILITARES **Grado:** CABO PRIMERO

Plan Beneficios: **Cama:** 81704

Nº Ingreso: 8221005 **Fecha de**

Medico: 32847359 - DE LOS REYES VALENCIA ILIANA DEL CARMEN **Di**

MEDICAMENTOS MUMT - PLAN DE MANEJO INTRAHOSPITA

Medicamento: HIDROXIUREA 500 mg
Concentracion: 500 mg **Unidad:** CAPSULAS **Vía Administración:** Oral
Forma Farmaceutica: CAPSULA **Presentaciòn:**
Observaciones: HIDROXIUREA A 20 MG/KG DAR 150 MG VIA ORAL CADA 24 HORAS
SE COORDINA CON QUIMICO FARMACEUTICO PARA ORGANIZAR UNI DOSIS

Firma y sello del profesional tratante	**Responsable del despacho:**
	Auxiliar Técnico:

Identificación Médico:	**32847359 - DE LOS REYES VALENCIA ILIANA DEL C**
	Informacion de quien recibe
Telefono:	Firma:

FORMULA VALIDA POR 72 HORAS A PARTIR DE LA FECH

ORIGINAL

Fecha Actual : viernes, 23 agosto 2024
Nombre reporte : HCRPPlanManejoContratista
Usuario Imprime: 32847359

Medico: ILIANA DEL CARMEN DE LOS REYES
Especialida