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: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	18/10/2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	x	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES	OCTUBRE
No. de Contrato:	UCLB-1125-2023			VALOR	$30.138.000		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CPSUCLB 0458-2023						
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION						
Nombre de Contratista	DANIEL FELIPE RODRIGUEZ VALENZUELA			NIT/ CC	1007627471		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	DIRECTA		

Cuenta Bancaria No.	488416384946	Banco:	DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente	

Garantía Cumplimiento (Si		Aseguradora (Si	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	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
2024	87224	9/1/2024	N/A	N/A	87224	9/1/2024	OCTUBRE				$ 2.181.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$2.181.000

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y UN MIL PESOS

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2023	$ 3.966.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 3.966.000,00	$ 0,00
2024	$ 21.810.000,00	$ 4.362.000,00	$ 0,00	$ 21.810.000,00	$ 4.362.000,00
TOTAL CONTRATO	$ 25.776.000,00	$ 4.362.000,00	$ 0,00	$ 25.776.000,00	$ 4.362.000,00

Nombre del Supervisor	SMSM MIGUEL ANGEL GUTIERREZ RAMIREZ	Fecha de notificación:	04/10/2024

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	01/11/2023	31/10/2024
Vigencia del Contrato:	01/11/2023 AL 31/10/2024	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-60 DÍAS (01/11/2024 al 30/12/2024	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/10/16 y riesgos profesionales 2024/10/16 planilla N° 81021234 correspondiente al mes de SEPTIEMBRE en mi condición de supervisor del contrato,certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de SEPTIEMBRE 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	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA AL	FECHA DE INGRESO	NUMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia	CANTIDAD	NUMERO DE REPORTE DE	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 EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO			No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO				FECHA DE MANTENIMIENTO		FECHA DE ENTRADA DEL	FECHA DE SALIDA DEL	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): SE ADICIONA Y PUBLICA ADICIÓN AL CONTRATO CON REFERENCIA CO1.CTRMOD.16876611

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:	**MIGUEL ANGEL GUTIERREZ RAMIREZ**	**FIRMA**	
NÚMERO DE CEDULA:	**79.929.164**		
CELULAR :	**3124166965**	**CORREO:**	magutierrez@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		