HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	25/10/2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	x	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Octubre

No. de Contrato:	UCLB-0946-2023					VALOR	23408000				
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CPSUCLB-0437-2023										
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL										
Nombre de Contratista	ARBELAEZ DIAZ JESSICA ADRIANA					NIT/ CC	1030673002				
Clase de Contrato	Prestación de Servicios					Modalidad de Contratació	Contratación Directa				
Cuenta Bancaria No.	0550488424552310		Banco:	DAVIVIENDA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente		
Garantia Cumplimiento (Si aplica) :			Aseguradora (Si aplica):			Fecha de aprobación de la Garantia (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 Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO 2024	102224	9/01/2024			102224	9/01/2024	Octubre	N/A	N/A	N/A	$ 1.694.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$1.694.000

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Un millón Seiscientos noventa y cuatro mil pesos m/cte.

VIGENCIA	VR. CONTRATO	VR. ADICION	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES	VR. EJECUTADO	SALDO CONTRATO
VIGENCIA AÑO 2023	$ 3.080.000			$ 3.080.000	$ -
VIGENCIA AÑO 2024	$ 16.940.000	$ 3.388.000		$ 16.940.000	$ 3.388.000
TOTAL CONTRATO	$20.020.000	$3.388.000	$0	$20.020.000	$3.388.000

Nombre del Supervisor	NATHALIE JOHANNA GÓMEZ ANAYA	Fecha de notificación:	11/02/2024

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	1/11/2023	31/10/2024
Vigencia del Contrato: VIGENCIA AÑO 2024		
Prorrogas:	En tiempo	
	1- 30 de diciembre de 2024	
	2-	
	3-	

"NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/10/03 y riesgos profesionales 2024/10/03, Planilla N° 1066263025 – correspondiente al mes de SEPTIEMBRE de 2024.
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 REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado/ existencias 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 supervisi

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

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

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:	NATHALIE JOHANNA GÓMEZ ANAYA	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	63541443		
CELULAR :		CORREO:	nagomez@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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