

<div>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</div> <div></div>			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 ADQUISICIONES											
			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 DE INFORME	OCTUBRE							
No. de Contrato:	UCLB-1052-2023			VALOR	58.520.000									
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CPSUCLB-0448-2023													
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA EL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	YENY MARCELA NUÑEZ QUINTERO			NIT/ CC	1.019.046.341									
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	DIRECTA									
Cuenta Bancaria No.	52500018329	Banco:	BANCOLOMBIA		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 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)	106724	9/01/2024	N/A	N/A	106724	9/01/2024	OCTUBRE				4.235.000			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											4.235.000			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE														
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)					
VIGENCIA AÑO 2024	42.350.000		8.470.000		0		42.350.000		8.470.000					
VIGENCIA AÑO 2023	7.700.000		0		0		7.700.000		\$ -					
TOTAL CONTRATO \$ 50.050.000,00 \$ 8.470.000,00 \$ - \$ 50.050.000,00 \$ 8.470.000,00														
Nombre del Supervisor : MARTHA LUCÍA PINZON ALDANA						Fecha de notificación: 01/11/2023								
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION							
			1/11/2023				30/12/2024							
Vigencia del Contrato:			14 meses											
Prorrogas:			En tiempo											
			1- 2 meses											
			2-											
			3-											
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y riesgos profesionales 2024/10/09 Planilla N° 9474161491 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 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 supervisión														
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: SMSM MARTHA LUCIA PINZON ALDANA		FIRMA														
NÚMERO DE CEDULA:	20 423 092 DE CAJICÁ															
CELULAR : 317 672 3600		CORREO: mpinzon@homil.gov.co														
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:																
<table><tr><th>DOCUMENTOS</th><th>SI</th><th>Nº FOLIOS</th></tr><tr><td>Informe de Actividades con sus soportes</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Acta de supervisión y/o Factura</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Pago de Seguridad Social</td><td></td><td></td></tr></table>					DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS	Informe de Actividades con sus soportes			Acta de supervisión y/o Factura			Pago de Seguridad Social		
DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS														
Informe de Actividades con sus soportes																
Acta de supervisión y/o Factura																
Pago de Seguridad Social																