| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE 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: 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-1060-2023 | 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 | DORA CECILIA RAMIREZ GIL | NIT/ CC | 42.102.371 |
| Clase de Contrato | PRESTACION DE SERVICIOS | Modalidad de Contratación | DIRECTA |

| Cuenta Bancaria No. | 004870342732 | Banco: | DAVIVIENDA | | 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) | 104924 | 9/01/2024 | N/A | N/A | 104924 | 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 LUCIA 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 2024/10/03 Planilla N° 80509147 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:**

| DOCUMENTOS | SI | Nº FOLIOS |
|---|---|---|
| Informe de Actividades con sus soportes | | |
| Acta de supervisión y/o Factura | | |
| Pago de Seguridad Social | | |