| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO | CODIGO: 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: | 29 OCTUBRE 2024 | INFORME DE SUPERVISOR | X | TRAMITE PARA PAGO | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE | OCTUBRE 2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. de Contrato: | UCLB-0759/2023 | VALOR | $60.290.000,00 |
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual | CPSUCLB-0425-2023 | | |
| 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 | GUTIERREZ RODRIGUEZ MERY PIEDAD | NIT/CC | 46672695 |
| Clase de Contrato | PRESTACION DE SERVICIOS | Modalidad de Contratación | CONTRATACION DIRECTA |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cuenta Bancaria No. | CT 24080945299 | Banco: | BANCO CAJA SOCIAL | 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 | 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 | 70524 | 1/9/2024 | | | 70524 | 1/9/2024 | OCTUBRE 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 | | $396.699,00 | $7.537.301,00 | $ ,00 |
| AÑO 2024 | $43.630.000,00 | $8.726.000,00 | $ ,00 | $43.339.134,00 | $9.016.866,00 |
| | | | | | |
| TOTAL CONTRATO | $51.564.000,00 - | $8.726.000,00 | $396.699,00 - | $50.876.435,00 | $9.016.866,00 - |

| | |
|---|---|
| OBSERVACIONES: En tramite de factura del mes vigente, Informe de no prestacion de los servicios | 12:00:00 AM |

| | | |
|---|---|---|
| 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 | |
| PRORROGAS | **En tiempo** | |
| | **1-30/12/2024** | |
| | **2-** | |
| | **3-** | |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 1066718661y riesgos profesionales1066718661 Planilla N°1066718661 – 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 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 | NUMERO DE ENTRADA AL | FECHA DE INGRESO | NUMERO DE PARTE (SI APLICA) | ESTADO (Instalado / existencia o almacén) | CANTIDAD | NUMERO 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 Enfermería
Supervisora Contrato

AUTORIZACIÓN

| | |
|---|---|
| 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 |