

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECO-MH-01-FT-05					
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS				FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024					
		MANUAL: CONTRATACION				VERSIÓN: 10					
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES				PAGINA 1 DE 2					
		SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI									
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-0963/2023			VALOR	\$60.290.000,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CPSUCLB-0438-2023										
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	MARQUEZ PEÑA LUIS ANTONIO			NIT/CC	5003785539						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	05200002078	Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	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	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
AÑO 2024	96324	1/9/2024			96324	1/9/2024	OCTUBRE 2024				\$4.363.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$4.363.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES TRECIENTOS SESENTA Y TRES MIL PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2023	\$7.934.000,00		\$,00	\$7.934.000,00	\$,00
AÑO 2024	\$43.630.000,00	\$8.726.000,00	\$,00	\$43.630.000,00	\$8.726.000,00
TOTAL CONTRATO	\$51.564.000,00	\$8.726.000,00	\$,00	\$51.564.000,00	\$8.726.000,00

OBSERVACIONES: En tramite de factura del mes vigente	
--	--

Nombre del Supervisor	MARTHA CONSUELO ROMERO TORRES	Fecha de notificación:	01/08/2024
Plazo de ejecución	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-													
<p>NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 80513630y riesgos profesionales80513630 Planilla N°80513630 – correspondiente al mes de SEPTIEMBRE</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro reacionado a continuación:</p>														
REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (entendido, resistencia o alimant)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
<p>NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión</p>														
DESCRIPCION DEL	SERIE	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO						FECHA DE ENTRADA	FECHA DE	OBSERVACIONES		
OBSERVACIONES														
<p>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.</p>														
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:	VERSION	10	
									Página:		2 DE 2			
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:														
<p>Martha Consuelo Romero Torres</p> <p>Servidor Misional en Sanidad Militar</p> <p>Servicio de Enfermería</p> <p>Supervisora Contrato</p>														
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