

HOSPITAL MILITAR CENTRAL			FORMATO: MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: 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 GESTIÓN INTEGRADO SGI																				
PAGINA 1 DE 2																							
Fecha:		16-10-2024		INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		OCTUBRE DE 2024											
No. de Contrato:			UCLB-0523-2023		VALOR		\$ 33.096.000,00																
N° de Proceso en el SECOP II Tienda virtual			CPSUCLB-0406-2023																				
Objeto			PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL																				
Nombre de Contratista			GARZON AREVALO MARIA CONSUELO					NIT/ CC		52587266													
Clase de Contrato			PRESTACIÓN DE SERVICIO		Modalidad de Contratación					CONTRATACIÓN DIRECTA													
Cuenta Bancaria No.		000014587018		Banco :		BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta:		Ahorros		X		Corriente									
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		N/A		Aseguradora (Si aplica):		N/A		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):				N/A											
VIGENCIA		Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.		FECHA		DINAMICA No.		FECHA		Registro Presupuestal (RP) No.		FECHA CRP		No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO		FECHA A FACTURA		ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO		ALMACEN AL QUE INGRESA		VALOR OBLIGACIÓN	
AÑO 2024		10524		05/01/2024						10524		05/01/2024		OCTUBRE								\$ 2.395.000,00	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO																\$ 2.395.000,00							
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:			DOS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL																				
VIGENCIA		VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)													
AÑO 2023		\$ 4.356.000,00		\$ 0,00		\$ 0,00		\$ 4.356.000,00		0,00													
AÑO 2024		\$ 23.950.000,00		\$ 4.790.000,00		\$ 0,00		\$ 23.950.000,00		\$ 4.790.000,00													
TOTAL CONTRATO		\$ 28.306.000,00		\$ 4.790.000,00		\$ 0,00		\$ 28.306.000,00		\$ 4.790.000,00													
Nombre del Supervisor			Dra. Marta Edy Ariza Mateus					Fecha de notificación:			22/11/2023												
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION															
			01/11/2023					30/12/2024															
Vigencia del Contrato:			14 MESES																				
Prorrogas:			En tiempo																				
			1- DOS MESES																				
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024-10-08 y riesgos profesionales 2024-10-08 Planilla N° – 80700885 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 DE 2024 ; 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 detallada el cuadro relacionado a continuación:																							
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 \$ 6.808.000 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:	Dra. Marta Edy Ariza Mateus	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	63.433.451		
CELULAR :	3156492792	CORREO:	maanza@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	X	1