

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		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: 19-05-2024								
		MANUAL: CONTRATACION				VERSIÓN: 10								
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES												
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI				PAGINA 1 DE 2								
Fecha:	16-10-2024	<u>INFORME DE SUPERVISOR</u>		<u>TRAMITE PARA PAGO</u>	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	<u>OCTUBRE DE 2024</u>							
No. de Contrato:	UCLB-0526-2023		<u>VALOR</u>		\$ 33.096.000,00									
Nº 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	JULIO OJEDA OMAIRA PATRICIA		<u>NIT/ CC</u>		51905269									
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIO		<u>Modalidad de Contratación</u>		CONTRATACIÓN DIRECTA									
Cuenta Bancaria No.	52503723255	Banco :	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X Co rrie nte							
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	N/A	Aseguradora (Si aplica):	N/A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		N/A								
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL														
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	VALOR OBLIGACIÓN							
AÑO 2024	20124	05/01/2024			20124	05/01/2024	\$ 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 2024-10-15 y riesgos profesionales 2024-10-15 Planilla N° – 9474829855 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 detalla da 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	ÁREA 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	Nº 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