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:	15-11-2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	NOVIEMBRE DE 2024

No. de Contrato:	UCLB-0513-2023	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	CASTIBLANCO PARRADO JUANITA VALERIA	NIT/ CC	1030604049
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIO	Modalidad de Contratación	CONTRATACIÓN DIRECTA

Cuenta Bancaria No.	0007300769309	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

	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL										
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 FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
AÑO 2024	18024	05/01/2024			18024	05/01/2024	NOVIEMBRE				$ 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	$ 16.445.667,00	$ 12.294.333,00
TOTAL CONTRATO	$ 28.306.000,00	$ 4.790.000,00	$ 0,00	$ 20.801.667,00	$ 12.294.333,00

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 2024-11-05 y riesgos profesionales 2024-11-05 Planilla N° – 81504275 correspondiente al mes de OCTUBRE DE 2032, en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de OCTUBRE DE 2032 ; 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	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:** maariza@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	X	1