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:	18/11/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**	NOVIEMBRE	**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES**	**NOVIEMBRE**
No. de Contrato:	UCLB-0783-2023			**VALOR**		**51.564.000**	
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CPSUCLB-0425-2023						
Objeto	ENFERMERO PROFESIONAL PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	MARIA CAMILA REINA DIAZ			**NIT/ CC**		**1233907857**	
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			**Modalidad de Contratación**		**CONTRATACION DIRECTA**	

Cuenta Bancaria No.	500801894032	**Banco:**	**Banco Popular**	**Tipo de Cuenta**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**	
Garantia Cumplimiento (Si aplica) :	**NA**	**Aseguradora (Si aplica):**	**NA**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**NA**			

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**
2024	78929	9/01/2024			78924	9/01/2024	NOVIEMBRE				**4.363.000**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO 4,363,000											**$ 4.363.000,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (Cuatro Millones Trecientos Sesenta y Tres Mil Pesos M /CTE)

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VR. EJECUTADO (D)**	**SALDO CONTRATO (A+B-C-D)**
VIGENCIA 2023	$ 7.934.000,00			$ 7.934.000,00	$ -
VIGENCIA 2024	$ 43.630.000,00	$ 8.726.000,00		$ 47.993.000,00	$ 4.363.000,00
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
TOTAL CONTRATO	**$ 51.564.000,00**	**$ 8.726.000,00**	**$ -**	**$ 55.927.000,00**	**$ 4.363.000,00**

Nombre del Supervisor Da. Catalina Correa Mazuera		**Fecha de notificación: 11/04/2024**
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	1/11/2023	**31/10/2024**
Vigencia del Contrato:	AÑO 2024	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/11/01 y riesgos profesionales 2024/11/01 Planilla N° 9474685163 – correspondiente al mes de Octubre 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) 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 realcionado a continuacion:

REPUESTO	**EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO**	**MARCA**	**NUMERO DE SERIE DEL EQUIPO**	**PLACA DEL EQUIPO**	**NUMERO DE ENTRADA AL**	**FECHA DE INGRESO**	**NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)**	**ESTADO (Instalado/**	**CANTIDAD**	**NUMERO DE REPORTE DE**	**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**	**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 $ 6.500.000 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: Coronel. Amparo Lopez Pico

NÚMERO DE CEDULA:

CELULAR : 314 423 0995

CORREO: alopez@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	x	1
Pago de Seguridad Social	x	1