

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: 30-05-2024						
		MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10						
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES												
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI						PAGINA 1 DE 2						
Fecha:	13/12/2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		DICIEMBRE						
No. de Contrato:	UCLB-1061-2023			VALOR		58.520.000								
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CPSUCLB-0448-2023													
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA EL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	JENNIFFER ANDREA RAMIREZ ROMERO			NIT/ CC		1.012.377.842								
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación		DIRECTA								
Cuenta Bancaria No.	0550488419632630	Banco:	DAVIVIENDA			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 FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP								
VIGENCIA AÑO (2024)	104724	9/01/2024	N/A	N/A	104724	9/01/2024	DICIEMBRE					4.235.000		
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO		4.235.000												
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO 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 AÑO 2024	42.350.000		8.470.000			0		50.820.000						
VIGENCIA AÑO 2023	7.700.000		0			0		7.700.000		\$ -				
TOTAL CONTRATO	\$ 50.050.000,00		\$ 8.470.000,00			\$ -		\$ 58.520.000,00		\$ -				
Nombre del Supervisor : MARTHA LUCIA PINZON ALDANA						Fecha de notificación: 01/11/2023								
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION						
			1/11/2023					30/12/2024						
Vigencia del Contrato:			14 meses											
Prorrogas:			En tiempo											
			1- 2 meses											
			2-											
			3-											
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y riesgos profesionales 2024/12/10 Planilla N° 82095023 correspondiente al mes de NOVIEMBRE en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (NOVIEMBRE); 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	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 \$ 6.500.000 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: SMSM MARTHA LUCIA PINZON ALDANA					FIRMA															
NÚMERO DE CEDULA:		20 423 092 DE CAJICÁ																		
CELULAR : 317 672 3600					CORREO: mpinzon@homil.gov.co															
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:																				
<table><tr><th>DOCUMENTOS</th><th>SI</th><th>N° FOLIOS</th></tr><tr><td>Informe de Actividades con sus soportes</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Acta de supervisión y/o Factura</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Pago de Seguridad Social</td><td></td><td></td></tr></table>									DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS	Informe de Actividades con sus soportes			Acta de supervisión y/o Factura			Pago de Seguridad Social		
DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS																		
Informe de Actividades con sus soportes																				
Acta de supervisión y/o Factura																				
Pago de Seguridad Social																				