| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05 |
|---|---|---|
| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | 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: | 16-12-2024 | INFORME DE SUPERVISOR | | TRAMITE PARA PAGO | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | DICIEMBRE DE 2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. de Contrato: | UCLB-0502-2023 | 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 | ACOSTA HERRERA CAROL JULIET | NIT/ CC | 1020748902 |
| Clase de Contrato | PRESTACIÓN DE SERVICIO | Modalidad de Contratación | CONTRATACIÓN DIRECTA |

| Cuenta Bancaria No. | 450700089391 | 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 | 17024 | 05/01/2024 | | | 17024 | 05/01/2024 | DICIEMBRE | | | | $ 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 | $ 28.740.000,00 | $ - |
| TOTAL CONTRATO | $ 28.306.000,00 | $ 4.790.000,00 | $ 0,00 | $ 33.096.000,00 | $ - |

| 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<br>1- DOS MESES | |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024-12-06 y riesgos profesionales 2024-12-06 Planilla N° – 1068142441 correspondiente al mes de NOVIEMBRE 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 NOVIEMBRE 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 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

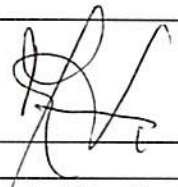
**OBSERVACIONES** (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

**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 |