
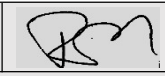


<b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>		<b>FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO</b>						<b>CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05</b>						
		<b>UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS</b>						<b>FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024</b>						
		<b>MANUAL: CONTRATACION</b>						<b>VERSIÓN: 10</b>						
		<b>PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES</b>						<b>PAGINA 1 DE 2</b>						
<b>SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI</b>														
<b>Fecha:</b>	1/09/2024	<b>INFORME DE SUPERVISOR</b>			<b>TRAMITE PARA PAGO</b>		<b>MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME</b>		SEPTIEMBRE					
<b>No. de Contrato:</b>	UCLB-1090-2023	<b>VALOR</b>			\$ 20.020.000,00									
<b>N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual</b>	CPSUCLB-0452-2023													
<b>Objeto</b>	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA ENTIDAD DECENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA-HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
<b>Nombre de Contratista</b>	LEIDY JOHANA OSORIO MEJIA				<b>NIT/ CC</b>		1098307340							
<b>Clase de Contrato</b>	DIRECTA				<b>Modalidad de Contratación</b>		Prestación de servicios							
<b>Cuenta Bancaria No.</b>	693724973	<b>Banco:</b>	BBVA			<b>Tipo de Cuenta:</b>	Ahorros	X	Corriente					
<b>Garantía Cumplimiento (Si aplica): N/A</b>		<b>Aseguradora (Si aplica): N/A</b>			<b>Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): N/A</b>									
<b>VIGENCIA</b>	<b>INFORMACIÓN PRESUPUESTAL</b>						<b>No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO</b>	<b>FECHA FACTURA</b>	<b>ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO</b>	<b>ALMACEN AL QUE INGRESA</b>	<b>VALOR OBLIGACIÓN</b>			
	<b>Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.</b>	<b>FECHA</b>	<b>DINAMICA No.</b>	<b>FECHA</b>	<b>Registro Presupuestal (RP) No.</b>	<b>FECHA CRP</b>								
VIGENCIA AÑO (Ej:2024)	382223	31/10/2023			132423	31/10/2023		SEPTIEMBRE	N/A	N/A	\$ 1.694.000			
<b>VALOR AUTORIZADO PARA PAGO</b>											\$ 1.694.000			
<b>VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Un millón seiscientos noventa y cuatro mil pesos M/CTE</b>														
<b>VIGENCIA</b>	<b>VR. CONTRATO (A)</b>		<b>VR. ADICION (B)</b>			<b>REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C )</b>		<b>VR. EJECUTADO (D)</b>		<b>SALDO CONTRATO (A+B-C-D)</b>				
VIGENCIA AÑO (Ej:2024)	\$ 16.940.000		\$ 3.080.000			1694000		\$ 11.858.000,00		\$ -				
VIGENCIA 2023	\$ 3.080.000		\$ -			\$ 1.694.000,00		\$ 14.938.000,00		\$ -				
<b>TOTAL CONTRATO</b>	\$ 20.020.000		\$ -			\$ 1.694.000,00		\$ 14.938.000,00		\$ -				
<b>Nombre del Supervisor</b> DRA. Fanny Violeta Osorio Medina						<b>Fecha de notificación:</b>								
<b>Plazo de ejecución</b>						<b>FECHA DE INICIO</b> 1/11/2023			<b>FECHA DE TERMINACION</b> 31/10/2024					
<b>Vigencia del Contrato:</b>						igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses mas								
<b>Prorrogas:</b>						En tiempo N/A N/A N/A								
<b>NOTA 1:</b> Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024-09-09y riesgos profesionales 2024-09-09Planilla N° 1065718963 – correspondiente al mes de AGOSTO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (AGOSTO); 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														
<b>NOTA 2:</b> 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.														
<b>NOTA 3 :</b> Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro relacionado a continuación:														
<b>REPUESTO</b>	<b>EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO</b>	<b>MARCA</b>	<b>NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO</b>	<b>PLACA DEL EQUIPO</b>	<b>NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN</b>	<b>FECHA DE INGRESO</b>	<b>NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)</b>	<b>ESTADO (Instalado/ existencias almacén)</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN</b>	<b>FECHA DE INSTALACIÓN</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>NOTA 4:</b> En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión														
<b>DESCRIPCION DEL EQUIPO</b>	<b>SERIE</b>	<b>PLACA</b>	<b>AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO</b>			<b>No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO</b>			<b>FECHA DE MANTENIMIENTO</b>	<b>FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO</b>	<b>FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>		
<b>OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):</b>														
<b>NOTA 5:</b> En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$ 6.500.000 se deberá anexas el siguiente cuadro.														
<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>														
<b>Entidad</b>		<b>N° Planilla</b>			<b>Fecha de pago</b>		<b>SALUD</b>		<b>PENSIÓN</b>		<b>RIESGOS PROFESIONALES</b>			
							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. Fanny Violeta Osorio Medina			FIRMA		
NÚMERO DE CEDULA:	CELULAR : 3138825070		51828889 CORREO: fosorio@homil.gov.co		
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:					
DOCUMENTOS			SI	Nº FOLIOS	
Informe de Actividades con sus soportes			x	2	
Acta de supervisión y/o Factura					
Pago de Seguridad Social			x	1	