

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					PAGINA 1 DE 1							
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI												
Fecha:	9/12/2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	DICIEMBRE	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	DICIEMBRE							
No. de Contrato:	SP-SUMD-0307-2024		VALOR		\$ 42.030.200,00									
N° de Proceso en el SECOP II / Tienda virtual	SP-SECO-0228-2024													
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADOR PÚBLICO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	WILMER RAMIREZ REY				NIT/ CC	79210709								
Clase de Contrato	PRESTADOR DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación	DIRECTA								
Cuenta Bancaria No.	400152435	Banco:	BBVA		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										
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL													
	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			
VIGENCIA AÑO 2024	163524	12/3/2024			171824	12/3/2024		DICIEMBRE			\$ 4.363.000,00			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 4.363.000,00			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Cuatro millones trescientos sesenta y tres mil pesos MCTE														
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)					
VIGENCIA AÑO (2024)	\$ 42.030.200						\$ 42.030.200		\$ -					
TOTAL CONTRATO \$ 42.030.200,00 \$ - \$ - \$ 42.030.200,00 \$ -														
Nombre del Supervisor: DRA FANNY VIOLETA OSORIO MEDINA														
Fecha de notificación: 12/03/2024														
Plazo de ejecución														
FECHA DE INICIO														
12/3/2024														
FECHA DE TERMINACION														
31/12/2024														
Vigencia del Contrato: El presente Contrato de Prestación de Servicios tendrá una vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.														
Prorrogas:														
En tiempo														
1-														
2-														
3-														
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/12/04 y riesgos profesionales 2024/12/04 Planilla N° 9477487280– 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 (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														
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 reacionado 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)	CANTIDA D	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				
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Dra. Fanny Violeta Osorio Medina														
FIRMA														
NÚMERO DE CEDULA: 51.828.889														
CELULAR : 3138825070														
CORREO:														
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:														
DOCUMENTOS														
Informe de Actividades con sus soportes														
Acta de supervisión y/o Factura														
Pago de Seguridad Social														
SI														
X														
N° FOLIOS														
1														
X														
1														