


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:	11 DICIEMBRE 2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	DICIEMBRE 2024				
No. de Contrato:	UCLB-0876/2023			VALOR	\$73.058.000,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CPSUCLB-0433-2023										
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL										
Nombre de Contratista	ROA VARGAS ADRIANA			NIT/CC	51951166						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	0570007590372913	Banco:	davivienda		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X				
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Asegurador a (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):								
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal /RPI No.	FECHA CRP					
AÑO 2024	73924	1/9/2024			73924	1/9/2024	DICIEMBRE 2024				\$5.287.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$5.287.000,00	

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2023	\$9.614.000,00		\$,00	\$9.614.000,00	\$,00
AÑO 2024	\$52.870.000,00	\$10.574.000,00	\$352.466,00	\$57.804.534,00	\$,00
TOTAL CONTRATO	\$52.484.000,00	\$10.574.000,00	\$352.466,00	\$67.418.534,00	\$,00

OBSERVACIONES: Se tramita pago de honorarios de diciembre conforme se estable en la directiva, pendiente acta final que se realizara al terminar contrato con parafiscales y informe de actividades

VALOR A LIBERAR MES DE DICIEMBRE 2024 \$,00

Nombre del Supervisor MARTHA CONSUELO ROMERO TORRES	Fecha de notificación:01/08/2024
---	----------------------------------

Plazo de ejecucion	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
--------------------	-----------------	----------------------

	01/11/2023	31/10/2024
Vigencia del Contrato:	31/10/2024	
PRORROGAS	En tiempo	
	1-30/12/2024	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla 80856193- 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 EN TRAMITE PARA PAGO

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 detallada 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	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia y ubicación)	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

DESCRIPCIÓN DEL	SERIE	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA	Nº DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE OBSERVACIÓN

OBSERVACIONES

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		Página:	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor		
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO						CODIGO:	VERSIÓN	10	
									2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:


Martha Consuelo Romero Torres
 Servidor Misional en Sanidad Militar
 Servicio de Enfermería
 Supervisora Contrato


 AUTORIZADO
 Martha Consuelo T.

NÚMERO DE CEDULA: 51.871.493

CELULAR : CORREO: mromero@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	1	1
Acta de supervisión y/o Factura	1	1
Pago de Seguridad Social	1	1