

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		PAGINA 1 DE 1	
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI					

Fecha:	23/10/2024	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	x	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Noviembre
--------	------------	-----------------------	-------------------	---	--	-----------

No. de Contrato:	UCLB -1092-2023	VALOR	\$ 23.408.000,00
------------------	-----------------	-------	------------------

N° de Proceso en el SECOPII /Tienda	CPSUCLB-0452-2023
-------------------------------------	-------------------

Objeto	Prestación de servicios como Auxiliar de Gestión para el Servicio de Hospitalización de la Entidad
--------	--

Nombre de Contratista	Húver Javier Sánchez Forero	NIT/ CC	7.305.325
-----------------------	-----------------------------	---------	-----------

Clase de Contrato	Directa	Modalidad de Contratación	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
-------------------	---------	---------------------------	-------------------------

Cuenta Bancaria No.	000017010604	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	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	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO 2024	102524	9/01/2024			102524	9/01/2024		NOVIEMBRE			\$ 1.694.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 1.694.000

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Un millón seiscientos noventa y cuatro 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	\$ 16.940.000	\$ 3.388.000		\$ 18.634.000	\$ 1.694.000
VIGENCIA AÑO 2023	\$ 3.080.000			\$ 3.080.000,00	
TOTAL CONTRATO	\$ 20.020.000,00	\$ 3.388.000,00	\$ -	\$ 21.714.000,00	\$ 1.694.000

Nombre del Supervisor: Fanny Violeta Osorio Medina	Fecha de notificación: 01/11/2023
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO 1/11/2023 FECHA DE TERMINACION 30/12/2024
Vigencia del Contrato:	Igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.
Prorrogas:	En tiempo 1- 30 DE DICIEMBRE DE 2024 2- 3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/11/07 y riesgos profesionales 2024/11/07 Planilla N° 81569237 – correspondiente al mes de OCTUBRE en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (OCTUBRE); 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 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 EQUIPO	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado/ existenc	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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Fanny Violeta Osorio Medina		51828889
NÚMERO DE CEDULA:	CELULAR: 313 8825070	CORREO: fosorio@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