
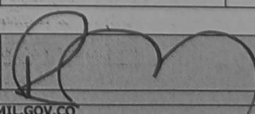


<b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>		<b>FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO</b>						<b>CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05</b>							
		<b>UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS</b>						<b>FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024</b>							
		<b>MANUAL: CONTRATACION</b>						<b>VERSIÓN: 10</b>							
		<b>PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES</b>						<b>PAGINA 1 DE 1</b>							
		<b>SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI</b>													
<b>Fecha:</b>	13/11/2024	<b>INFORME DE SUPERVISOR</b>		<b>TRAMITE PARA PAGO</b>		X		<b>MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE</b>		<b>NOVIEMBRE</b>					
<b>No. de Contrato:</b>	SP-SUMD-0551-2024		<b>VALOR</b>		\$ 6.550.100										
<b>N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual</b>	Proceso de Contratación SP-SECO-0403-2024														
<b>Objeto</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL														
<b>Nombre de Contratista</b>	GISEL CAMILA BENAVIDES CADENA			<b>NIT/ CC</b>		1.021.512.861									
<b>Clase de Contrato</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS		<b>Modalidad de Contratación</b>		DIRECTA										
<b>Cuenta Bancaria No.</b>	061958778	<b>Banco:</b>	AV VILLAS		<b>Tipo de Cuenta:</b>	Ahorros	X		Corriente						
<b>Garantía Cumplimiento (Si aplica):</b>		<b>Aseguradora (Si aplica):</b>		<b>Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):</b>											
<b>INFORMACIÓN PRESUPUESTAL</b>															
<b>VIGENCIA</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>	<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>				
VIGENCIA AÑO (Ej:2024)	212424	5/09/2024			323224	5/09/2024		NOVIEMBRE			\$ 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 2024	\$ 6.550.100	0		0		\$ 4.856.100		\$ 1.694.000							
TOTAL CONTRATO	\$ 6.550.100,00	\$ -		\$ -		\$ 4.856.100,00		\$ 1.694.000,00							
<b>Nombre del Supervisor: FANNY VIOLETA OSORIO MEDINA</b>						<b>Fecha de notificación: 05/09/2024</b>									
<b>Plazo de ejecución</b>		<b>FECHA DE INICIO</b>				<b>FECHA DE TERMINACION</b>									
		5/09/2024				30/12/2024									
<b>Vigencia del Contrato:</b>		IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUATRO (4) MESES MÁS													
<b>Prorrogas:</b>		<b>En tiempo</b>													
		1-													
		2-													
		3-													
<b>NOTA 1:</b> Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/11/13 y riesgos profesionales 2024/11/13 Planilla N° 7949318898- 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															
<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 detallada 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 anexar 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>				
					<b>Entidad</b>	<b>Valor</b>	<b>Entidad</b>	<b>Valor</b>	<b>Entidad</b>	<b>Valor</b>					
<b>NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: DRA FANNY VIOLETA OSORIO MEDINA</b>															
<b>FIRMA</b>															
<b>NÚMERO DE CEDULA: 51.828.889</b>					<b>CORREO: FOSORIO@HOMIL.GOV.CO</b>										
<b>CELULAR : 3138825070</b>															
<b>DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:</b>															
<b>DOCUMENTOS</b>										<b>SI</b>		<b>N° FOLIOS</b>			
Informe de Actividades con sus soportes										X		1			
Acta de supervisión y/o Factura										X		1			
Pago de Seguridad Social										X		1			