


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:	8/11/2024	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	NOVIEMBRE	

No. de Contrato:	SP-SUMD-0549-2024	VALOR	\$ 6.550.100
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-SECO-0403-2024		

Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	Michael Adan Rodriguez Ladino	NIT/ CC	1.000.810.196
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Modalidad de Contratación	DIRECTA

Cuenta Bancaria No.	0550007100944995	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	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP)	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.					
VIGENCIA AÑO (E):2024	2124242	5/09/2024			323024	5/09/2024	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 M/CTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2024	\$ 6.550.100	0	0	\$ 4.856.100	\$ 1.694.000
	0				
TOTAL CONTRATO	\$ 6.550.100,00	\$ -	\$ -	\$ 4.856.100	\$ 1.694.000,00

Nombre del Supervisor: FANNY VIOLETA OSORIO MEDINA **Fecha de notificación: 05/09/2024**

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	5/09/2024	30/12/2024

Vigencia del Contrato: IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUATRO (4) MESES MÁS

Prorrogas:

- 1-
- 2-
- 3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/11/08 y riesgos profesionales 2024/11/08 Planilla N° 7946073932- 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 da 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/existencias almacén)	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	Nº Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: DRA FANNY VIOLETA OSORIO MEDINA **FIRMA** 

NUMERO DE CEDULA: 51.828.889 **CORREO: FOSORIO@HOMIL.GOV.CO**

CELULAR : 3138825070

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	X	1