


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:	18/11/2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO		X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE													
No. de Contrato:	SP-SUMD-0550-2024			VALOR	\$ 6.550,100															
Nº de Proceso en el SECOOP II /Tienda virtual	SP-SECO-0403-2024																			
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL																			
Nombre de Contratista	NIKOLLE TATIANA BARRAGAN MURCIA			NIT/ CC	1.070.780.419															
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	DIRECTA															
Cuenta Bancaria No.	0550488447004349	Banco:	DAVIVIENDA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	x													
Garantía Cumplimiento (Si aplica):		Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):																
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL																				
VIGENCIA	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													
VIGENCIA AÑO (E:2024)	212424	5/09/2024			323124	5/09/2024	NOVIEMBRE													
							ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN											
									\$ 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	\$	-	\$	4.856.100,00	\$ 1.694.000													
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:		En tiempo																		
		1-																		
		2-																		
		3-																		
<p>NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/11/05 y riesgos profesionales 2024/11/05 Planilla N° 7945002403 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</p> <p>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.</p> <p>NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detallada el cuadro relacionado a continuación:</p>																				
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)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACION	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.																				
INFORMACION GENERAL																				
ENTIDAD					SALUD					PENSTON					RIESGOS PROFESIONALES					
Entidad		N° Planilla		Fecha de pago		Entidad		Valor			Entidad		Valor			Entidad		Valor		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: DRA FANNY VIOLETA OSORIO MEDINA										FIRMA										
NUMERO DE CEDULA: 51.828.889										CORREO: FOSORTO@HOMIL.GOV.CO										
CELULAR : 3138825070																				
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										X					1					
Pago de Seguridad Social																				