


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:	26/09/2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO		X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	SEPTIEMBRE						
No. de Contrato:	SP-SUMD-0550-2024			VALOR	\$ 6.550,100									
Nº de Proceso en el SECOP 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	Corriente							
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):											
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL														
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP)	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
VIGENCIA AÑO (Ej:2024)	212424	5/09/2024			323124	5/09/2024		septiembre			\$ 1.468.100			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 1.468.100			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: UN MILLÓN CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CIEEN 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	\$ 1.468.100	\$ 5.082.000									
TOTAL CONTRATO	\$ 6.550.100,00	\$ -	\$ -	\$ 1.468.100,00	\$ 5.082.000,00									
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:		En tiempo 1- 2- 3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/09/27 y riesgos profesionales 2024/09/27 Planilla N° 7942448702- correspondiente al mes de SEPTIEMBRE en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (SEPTIEMBRE); 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 detalla da el cuadro realcionado a continuación:														
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 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		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES							
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor						
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: DRA FANNY VIOLETA OSORIO MEDINA			FIRMA											
NÚMERO DE CEDULA: 51.828.889			CORREO: FOSORIO@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														
Pago de Seguridad Social										X	1			