


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				SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGT	
						PAGINA 1 DE 1	

Fecha:	15/11/2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Noviembre
--------	------------	-----------------------	---	-------------------	--	-----------

No. de Contrato:	0979-2023	VALOR	\$6.866.000
------------------	-----------	-------	-------------

N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CPS UCLB-0440-2023
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIONES DE LA ENTIDAD DESENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Nombre de Contratista	KATHERIN JHOANA GONZALEZ SANDOVAL	NIT/CG	1019116178
-----------------------	-----------------------------------	--------	------------

Clase de Contrato	CONTRATACION DIRECTA	Modalidad de Contratación	PRESTACION DE SERVICIOS
-------------------	----------------------	---------------------------	-------------------------

Cuenta Bancaria No.	08407228724	Banco:	BANCOLOMBIA	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) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO (Ej:2024)	82024	9/01/2024			82024	9/01/2024		NOVIEMBRE			\$6.866.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$6.866.000

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS 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)
2023	\$12.484.000			\$12.484.000	0
2024	\$68.660.000	\$ 13.732.000,00		\$ 75.526.000,00	\$ 6.866.000,00
TOTAL CONTRATO	\$ 81.144.000,00	\$ 13.732.000,00	\$ -	\$ 88.010.000,00	\$ 6.866.000,00

Nombre del Supervisor: Fanny Violeta Osorio Medina. Fecha de notificación: 1/11/2023

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	1/11/2023	30/12/2024

Vigencia del Contrato: El presente Contrato de Prestación de Servicios tendrá una vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.

Prorrogas:

- 
- 
- 

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/11/12 y riesgos profesionales 2024/11/12 Planilla N° 81715980 – correspondiente al mes de Noviembre en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (NOVIEMBRE); así mismo certifico que el/la contratista presentó 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 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 anejar el siguiente cuadro.

Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
MIPLANILLA	81715980	12/11/2024	SANTAS	\$343.300	COLPENSI ONES	\$439.500	ARL SURA	\$67.000

HOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: FANNY VIOLETA OSORIO MEDINA - GRUPO DE HOSPITALIZACION. 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	
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social		