

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: 19-05-2024																
			MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10																
			PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES																					
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI										PAGINA 1 DE 2														
Fecha:		16-12-2024		INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		DICIEMBRE DE 2024												
No. de Contrato:			UCLB-1875-2023			VALOR		\$ 30.138.000,00																
N° de Proceso en el SECOP II Tienda virtual			CPSUCLB-0507-2023																					
Objeto			PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACIÓN DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA HOSPITAL MILITAR CENTRAL																					
Nombre de Contratista			PALADINES ANACONA PAOLA				NIT/ CC		1010165510															
Clase de Contrato			PRESTACIÓN DE SERVICIO		Modalidad de Contratación				CONTRATACIÓN DIRECTA															
Cuenta Bancaria No.		24070306880		Banco :		Caja Social		Tipo de Cuenta:		Ahorros		X		Co rrie nte										
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		N/A		Aseguradora (Si aplica):		N/A		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):			N/A													
VIGENCIA		Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.		FECHA		DINA MICA No.		FECHA		Registro Presupu estal (RP) No.		FECHA CRP		No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO		FECH A FACT URA		ENTRA DA ALMAC EN Y/O SOPOR TE INGRES O		ALMACEN AL QUE INGRESA		VALOR OBLIGACIÓN		
AÑO 2024		61524		05/01/2024						61524		05/01/2024		DICIEMBRE								\$ 2.181.000,00		
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO			\$ 2.181.000,00																					
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:			DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y UN MIL PESOS																					
VIGENCIA		VR. CONTRATO (A)			VR. ADICION (B)			REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)			VR. EJECUTADO (D)			SALDO CONTRATO (A+B-C-D)										
AÑO 2023		\$ 3.966.000,00			\$ 0,00			\$ 0,00			\$ 3.966.000,00			0,00										
AÑO 2024		\$ 21.810.000,00			\$ 4.362.000,00			\$ 0,00			\$ 26.172.000,00			\$ -										
TOTAL CONTRATO		\$ 25.776.000,00			\$ 4.362.000,00			\$ 0,00			\$ 30.138.000,00			\$ -										
Nombre del Supervisor			Dra. Marta Edy Ariza Mateus									Fecha de notificación:			22/11/2023									
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION																
			01/11/2023					30/12/2024																
Vigencia del Contrato:			14 MESES																					
Prorrogas:			En tiempo																					
			1- DOS MESES																					
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024-12-05 y riesgos profesionales 2024-12-05 Planilla N° – 81931705 correspondiente al mes de NOVIEMBRE DE 2024, 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 DE 2024 ; 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 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 \$ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.																								
INFORMACIÓN GENERAL																								
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES																	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor																

--

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	Dra. Marta Edy Ariza Mateus	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	63.433.451		
CELULAR :	3156492792	CORREO:	maariza@homil.gov.co

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