

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-1876-2023		VALOR		\$ 30.138.000,00							
Nº 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			NIÑO CEDIEL ANYI JULIED			NIT/ CC		1019128416						
Clase de Contrato			PRESTACIÓN DE SERVICIO		Modalidad de Contratación			CONTRATACIÓN DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.		19830217358		Banco :	Bancolombia		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						
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL														
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINA MICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (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	62524	05/01/2024			62524	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 2024-12-06 y riesgos profesionales 2024-12-06 Planilla N° – 1068324124 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	Nº 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