


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					
Fecha:		10 DICIEMBRE 2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE				
No. de Contrato:		UCLB-1887/2023			VALOR	\$30.138.000,00					
N° de Proceso en el SECOPI II /Tienda virtual		CPSUCLB-0514-2023									
Objeto		PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL									
Nombre de Contratista		GONZALEZ MORALES CLAUDIA JULIETH			NIT/CC	1023968297					
Clase de Contrato		PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA					
Cuenta Bancaria No.		42846736926	Banco:	banco colombia	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	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RPI) No.	FECHA CRP					
AÑO 2024	9924	05/01/2024			9924	05/01/2024	DICIEMBRE 2024				\$2.035.600,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$2.035.600,00	

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES TREINTA Y CINCO MIL SESENTOS PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2023	\$3.966.000,00		\$,00	\$3.966.000,00	\$,00
AÑO 2024	\$21.810.000,00	\$4.362.000,00	\$945.100,00	\$25.226.900,00	\$,00
TOTAL CONTRATO	\$25.776.000,00	\$4.362.000,00	\$945.100,00	\$29.192.900,00	\$,00

OBSERVACIONES: Se tramita pago de honorarios de diciembre conforme se estable en la directiva, pendiente acta final que se realizara al terminar contrato con parafiscales y informe de actividades del 29 y 30/11/2024
VALOR A LIBERAR MES DE DICIEMBRE 2024 \$145.400,00

Nombre del Supervisor	MARTHA CONSUELO ROMERO TORRES	Fecha de notificación:	01/08/2024
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION

	01/11/2023	31/10/2024
Vigencia del Contrato:	31/10/2024	
PRORROGAS	En tiempo	
	1-30/12/2024	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla 82313170- 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 EN TRAMITE PARA PAGO

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 reacionado a continuación:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia o almacenado)	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

DESCRIPCIÓN DEL	SERIE	PLACA	ÁREA DONDE SE ENCUENTRA	Nº DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE OBSERVACIÓN

OBSERVACIONES

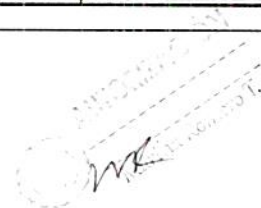
NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL									
Entidad	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:



Martha Consuelo Romero Torres
 Servidor Misional en Sanidad Militar
 Servicio de Enfermería
 Supervisora Contrato



NÚMERO DE CEDULA:

51.871.493

CELULAR:

CORREO: mromero@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	1	1
Acta de supervisión y/o Factura	1	1
Pago de Seguridad Social	1	1