

 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		PAGINA 1 DE 2
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI			

Fecha:	12 DICIEMBRE 2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	DICIEMBRE 2024				
No. de Contrato:	UCLB0653/2023			VALOR	\$21.888.000,00						
N° de Proceso en el SECOPI II /Tienda virtual	CPSUCLB-0414-2023										
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO CAMILLERO PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL										
Nombre de Contratista	GONZALEZ URREA MARYLUZ			NIT/CC	52467899						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	550488447739431	Banco:	DAVIVIENDA	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 (RP) No.	FECHA CRP					
AÑO 2024	48924	05/01/2024			48924	05/01/2024	DICIEMBRE 2024				\$1.584.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$1.584.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2023	\$2.880.000,00		\$96.000,00	\$2.784.000,00	\$,00
AÑO 2024	\$15.840.000,00	\$3.168.000,00	\$633.600,00	\$18.374.400,00	\$,00
TOTAL CONTRATO	\$\$18.720.000,00	- \$3.168.000,00	\$729.600,00	\$21.158.400,00	\$,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

VALOR A LIBERAR MES DE DICIEMBRE 2024 \$,00

Nombre del Supervisor	MARTHA CONSUELO ROMERO TORRES	Fecha de notificación:	2/23/2024
-----------------------	-------------------------------	------------------------	-----------

Plazo de ejecucion	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
--------------------	-----------------	----------------------

	01/11/2023	10/31/2024												
Vigencia del Contrato:	10/31/2024													
PRORROGAS	En tiempo													
	1-30/12/2024													
	2-													
	3-													
<p>NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla 1068237370- 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 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 EN TRAMITE PARA PAGO</p> <p>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.</p> <p>NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detallada el cuadro relacionado a continuación:</p>														
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 / existencias /almacen)	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	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE OBSERVACIONES

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	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:


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


 AUTORIZACIÓN
 Martha Romero T.

NÚMERO DE CEDULA: 51.871.493

CELULAR: CORREO: mromero@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	1	1
Acta de supervisión y/o Factura	1	1
Pago de Seguridad Social	1	1