


|   |  |  |  |  |                                  |  |
|---|--|--|--|--|----------------------------------|--|
| 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 GESTIÓN INTEGRADO SGI |  |
| PAGINA 1 DE 2   |  |  |  |  |                                  |  |

|        |                   |                       |   |                   |   |  |                |
|--------|-------------------|-----------------------|---|-------------------|---|--|----------------|
| 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: | UCLB0657/2023 | VALOR | \$21.888.000,00 |
|------------------|---------------|-------|-----------------|

|  |                   |
|--|-------------------|
| N° de Proceso en el SECOP 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 | MORALES MORALES ELIZABETH | NIT/CC | 38140250 |
|-----------------------|---------------------------|--------|----------|

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

|                     |              |        |          |                 |         |   |           |
|---------------------|--------------|--------|----------|-----------------|---------|---|-----------|
| Cuenta Bancaria No. | 474100062956 | Banco: | Davienda | Tipo de Cuenta: | Ahorros | X | Corriente |
|---------------------|--------------|--------|----------|-----------------|---------|---|-----------|

|                                    |                           |   |
|------------------------------------|---------------------------|---|
| Garantía Cumplimiento (Si aplica): | Asegurador a (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                   | 35124  | 05/01/2024 |              |       | 35124                          | 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    |                  | \$ ,00                           | \$2.880.000,00  | \$ ,00         |
| AÑO 2024       | \$15.840.000,00   | \$3.168.000,00   | \$105.600,00                     | \$18.902.400,00 | \$ ,00         |
| TOTAL CONTRATO | \$\$18.720.000,00 | - \$3.168.000,00 | \$105.600,00                     | \$21.782.400,00 | \$ ,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 9476410312- correspondiente al mes de NOVIEMBRE<br/>         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 / existencia s 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


| DESCRIPCIÓN DEL | SERIE | PLAC | 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                                     | N° Planilla | Fecha de pago | SALUD   |       | PENSIÓN |       | RIESGOS PROFESIONALES |         | FORMATO |
|   |             |               | Entidad | Valor | Entidad | Valor | Entidad               | Valor   |         |
|   |             |               |         |       |         |       |                       |         |         |
| INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO |             |               |         |       |         |       |                       | CODIGO: | 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         |