


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECO-MH-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:	26 OCTUBRE 2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	OCTUBRE 2024				
No. de Contrato:	UCLB-1990/2023			VALOR	\$28.155.000,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CPSUCLB-0574-2023										
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	OBANDO BARRAGAN ZAHIRA JIRETH			NIT/CC	1023364360						
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	CONTRATACION DIRECTA						
Cuenta Bancaria No.	488442237928	Banco:	davivienda		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	62924	09/01/2024			62924	09/01/2024	OCTUBRE 2024				\$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	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2023	\$1.983.000,00		\$ ,00	\$1.983.000,00	\$ ,00
AÑO 2024	\$21.810.000,00		\$ ,00	\$21.810.000,00	\$ ,00
<b>TOTAL CONTRATO</b>	<b>\$\$\$23.793.000,00</b>	-	<b>\$ ,00</b>	<b>\$23.793.000,00</b>	<b>\$ ,00</b>

OBSERVACIONES: En tramite de factura del mes vigente

VALOR A LIBERAR MES DE JUNIO A OCTUBRE \$ ,00

Nombre del Supervisor MARTHA CONSUELO ROMERO TORRES Fecha de notificación: 01/08/2024

Plazo de ejecucion FECHA DE INICIO FECHA DE TERMINACION

	01/12/2023	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 73578423 y riesgos profesionales 73578423 Planilla N°73578423 – correspondiente al mes de SEPTIEMBRE. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (SEPTIEMBRE); 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 SATISFACCIÓN EN TRÁMITE 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 relacionado 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 (Finalizado, existencia e 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

DESCRIPCIÓN DEL	SERIE	PLACA	ÁREA 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		CODIGO:
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	
									10
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO							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	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	1	1
Acta de supervisión y/o Factura	1	1
Pago de Seguridad Social	1	1