


| | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---------------------------|--------------------------------|--|--|-----------|-------------------------------------|------------------------|------------------|
| 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: | 28 NOVIEMBRE 2024 | INFORME DE SUPERVISOR | X | TRAMITE PARA PAGO | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE | NOVIEMBRE 2024 | | | | |
| No. de Contrato: | UCLB-1990/2023 | | | VALOR | \$28.155.000,00 | | | | | | |
| N° de Proceso en el SECOPI 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 | NOVIEMBRE 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 | \$4.362.000,00 | \$,00 | \$23.991.000,00 | \$2.181.000,00 |
| TOTAL CONTRATO | \$\$23.793.000,00 | \$4.362.000,00 | \$,00 | \$25.974.000,00 | \$2.181.000,00 |

OBSERVACIONES: En tramite de factura del mes vigente

VALOR A LIBERAR MES DE NOVIEMBRE 2024 \$,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 74345288 y riesgos profesionales 74345288 Planilla 74345288 – correspondiente al mes de OCTUBRE. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (OCTUBRE); 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 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 (instalado / existencia # al macer) | 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 | 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 |