


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISION 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: GESTION DE ADQUISICIONES					PAGINA 1 DE 2				
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI									
Fecha:	25 SEPTIEMBRE 2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	SEPTIEMBRE 2024				
No. de Contrato:	UCLB-1887/2023			VALOR	\$25.776.000,00						
N° de Proceso en el SECOP 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:	bancolombia		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							VALOR OBLIGACIÓN			
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO		FECHA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA
AÑO 2024	9924	05/01/2024			9924	05/01/2024	SEPTIEMBRE 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	\$3.966.000,00		\$ ,00	\$3.966.000,00	\$ ,00
AÑO 2024	\$21.810.000,00		\$ ,00	\$19.120.100,00	\$2.689.900,00
TOTAL CONTRATO	\$25.776.000,00	-	\$ ,00	\$23.086.100,00	\$2.689.900,00

OBSERVACIONES: En tramite de factura del mes vigente

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

Plazo de ejecucion FECHA DE INICIO FECHA DE TERMINACION

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

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 77y riesgos profesionales 77 Planilla N°80616938 – correspondiente al mes de AGOSTO  
 En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (AGOSTO); 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

**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 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

DESCRIPCION DEL	SERIE	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE SALIDA	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

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