


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:	26 OCTUBRE 2024	<u>INFORME DE SUPERVISOR</u>	X	<u>TRAMITE PARA PAGO</u>	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	OCTUBRE 2024
--------	-----------------	------------------------------	---	--------------------------	---	--	--------------

No. de Contrato:	UCLB-0872/2023	VALOR	\$73.058.000,00
------------------	----------------	-------	-----------------

N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CPSUCLB-0433-2023
--	-------------------

Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL
--------	--

Nombre de Contratista	ZAMBRANO CASTILLO CAROLINA	NIT/CC	52793687
-----------------------	----------------------------	--------	----------

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

Cuenta Bancaria No.	0570457270022629	Banco:	Davienda	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 (RPI) No.	FECHA CRP					
AÑO 2024	72824	1/9/2024			72824	1/9/2024	OCTUBRE 2024				\$5.287.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	\$5.287.000,00
----------------------------	----------------

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL PESOS

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2023	\$9.614.000,00		\$,00	\$9.614.000,00	\$,00
AÑO 2024	\$52.870.000,00		\$176.233,00	\$52.693.767,00	\$,00
TOTAL CONTRATO	\$\$\$62.484.000,00	-	\$176.233,00	\$62.307.767,00	\$,00

OBSERVACIONES: En tramite de factura del mes vigente

VALOR A LIBERAR MES DE JUNIO A OCTUBRE \$176.233,00

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
------------------------	------------

PRORROGAS	En tiempo
	1-30/12/2024
	2-
	3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 7942236594 y riesgos profesionales 7942236594 Planilla N°7942236594 – 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 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 s 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

DESCRIPCIO N DEL	SERIE	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA	FECHA DE ENTRA	FECHA DE	OBSERVACI

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

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