| 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: | 20 FEBRERO 2025 | INFORME DE SUPERVISOR | X | TRAMITE PARA PAGO | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE | FEBRERO 2025 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. de Contrato: | SP-SUMD-0888-2024 | VALOR | $25.080.000,00 |
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual | SP-SECO-0485-2024 | | |
| 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 | SOLANO MAMIAN MARIA JANETH | NIT/ CC | 40187746 |
| Clase de Contrato | PRESTACION DE SERVICIOS | Modalidad de Contratación | CONTRATACION DIRECTA |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cuenta Bancaria No. | 451500220293 | 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 | ALMACEN AL QUE INGRESA | VALOR OBLIGACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No. | FECHA | DINAMICA No. | FECHA | Registro Presupuestal (RP) No. | FECHA CRP | | | | | |
| AÑO 2025 | 81425 | 10/01/2025 | | | 75825 | 10/01/2025 | FEBRERO 2025 | | | | $2.340.800,00 |
| | | | | | | | | | | | |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | $2.340.800,00 |

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS

| VIGENCIA | VALOR CONTRATO | VR. ADICION (B) | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C ) | VALOR EJECUTADO | SALDO CONTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| AÑO 2024 | $83.600,00 | | | $83.600,00 | $ ,00 |
| AÑO 2025 | $24.996.400,00 | | | $4.848.800,00 | $20.231.200,00 |
| | | | | | |
| TOTAL CONTRATO | $25.080.000,00 | | | $4.932.400,00 | $20.231.200,00 - |

| | |
|---|---|
| OBSERVACIONES: Se realiza novedades de no prestacion de servicios del 15 de enero 2025 al 15 de febrero del 2025 Realizo prestacion de servicio en el area conforme se encuentra en planilla de informacion de prestacion del servicio. No prestacion de servicios | del 01 y 02/02/2025 |

| | |
|---|---|
| Nombre del Supervisor MARTHA CONSUELO ROMERO TORRES | Fecha de notificación:21/01/2025 |

| Plazo de ejecucion | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|
| | 31/12/2024 | 31/10/2025 |
| Vigencia del Contrato: | 31/10/2025 | |
| PRORROGAS | En tiempo | |
| | 1- | |
| | 2- | |
| | 3- | |

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 8383737223y riesgos profesionales 8383737223 Planilla 8383737223– correspondiente al mes de ENERO
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (ENERO); 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.

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 detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

| 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 o 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 | 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:

AUTORIZACIÓN

**Martha Consuelo Romero Torres**
Servidor Misional en Sanidad Militar
Servicio de Enfermeria
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 |