| 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-0997/2023 | | | **VALOR** | $30.138.000,00 | | |
| **N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual** | CPSUCLB-0444-2023 | | | | | | |
| **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** | **CLAVIJO ARANGO ANGIE CAROLINA** | | | **NIT/ CC** | 1023025712 | | |
| **Clase de Contrato** | PRESTACION DE SERVICIOS | | | **Modalidad de Contratación** | CONTRATACION DIRECTA | | |
| **Cuenta Bancaria No.** | 0550480900028691 | **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 2024 | 50424 | 06/01/2024 | | | 50424 | 06/01/2024 | 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 | $3.966.000,00 | | $132.200,00 | $3.833.800,00 | $ ,00 |
| AÑO 2024 | $21.810.000,00 | $4.362.000,00 | $ ,00 | $23.991.000,00 | $2.181.000,00 |
| | | | | | |
| **TOTAL CONTRATO** | **$$25.776.000,00 -** | **$4.362.000,00** | **$132.200,00** | **$27.824.800,00** | **$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** |

| | | |
|---|---|---|
| | 01/11/2023 | 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 1067101465y riesgos profesionales1067101465 Planilla 1067101465 – 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 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 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 / existencias 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 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**
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 | N° FOLIOS |
|---|---|---|
| Informe de Actividades con sus soportes | 1 | 1 |
| Acta de supervisión y/o Factura | 1 | 1 |
| Pago de Seguridad Social | 1 | 1 |