

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	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	OCTUBRE 2024				
No. de Contrato:	SP-SUMD-0362-2024			VALOR		\$18.902.000,00					
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-SECO-0260-2024										
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	MUÑOZ FIGUEREDO SARA NICOLE			NIT/ CC		1000319369					
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación		CONTRATACION DIRECTA					
Cuenta Bancaria No.	043595222	Banco:	BANCO BOGOTA		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	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
AÑO 2024	127424	12/01/2024			198924	11/04/2024	OCTUBRE 2024				\$2.035.600,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$2.035.600,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS											
VIGENCIA	VALOR CONTRATO		VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VALOR EJECUTADO		SALDO CONTRATO		
AÑO 2023	\$,00				\$,00		\$,00		\$,00		
AÑO 2024	\$14.540.000,00		\$4.362.000,00		\$,00		\$12.940.600,00		\$5.961.400,00		
TOTAL CONTRATO	\$14.540.000,00		\$4.362.000,00		\$,00		\$12.940.600,00		\$5.961.400,00		
OBSERVACIONES: En tramite de factura del mes vigente Informes de no prestacion de los servicios											
12:00:00 AM											
Nombre del Supervisor MARTHA CONSUELO ROMERO TORRES						Fecha de notificación:01/08/2024					
Plazo de ejecucion		FECHA DE INICIO									
		FECHA DE TERMINACION									

	11/04/2024	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 1000319369y riesgos profesionales1000319369 Planilla N°1000319369 – 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 detalla da el cuadro realcionado 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 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