

	HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MH-01-PT-05
			UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024
			MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
			PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	PÁGINA 1 DE 2
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI				

Fecha:	10 FEBRERO 2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	FEBRERO 2025
--------	-----------------	-----------------------	---	-------------------	---	--	--------------

No. de Contrato:	UCLB-0784/2023	VALOR	\$60.290.000,00
------------------	----------------	-------	-----------------

N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CPSUCLB-0425-2023
--	-------------------

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	REMOLINA RUEDA LEIDY KATHERINE	NIT/CC	1030573924
-----------------------	--------------------------------	--------	------------

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

Cuenta Bancaria No.	084890867	Banco:	Banco av villas	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	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
AÑO 2024	79124	1/9/2024			79124	1/9/2024	FEBRERO 2025				\$0,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 0,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CERO

VIGENCIA	VALOR CONTRATO	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VALOR EJECUTADO	SALDO CONTRATO
AÑO 2023	\$7.934.000,00		\$1.851.262,00	\$6.082.738,00	\$ ,00
AÑO 2024	\$43.630.000,00	\$8.726.000,00	\$11.052.938,00	\$41.303.042,00	\$ ,00
TOTAL CONTRATO	\$51.564.000,00	\$8.726.000,00	\$12.904.200,00	\$47.385.780,00	\$ ,00

OBSERVACIONES: CONTRATISTA SE ENCUENTRA EN LICENCIA DE MATERNIDAD DESDE EL 29/11/2024 AL 28/04/2025 Incapacidad medica del 29/11/2024 al 28/04/2025

VALOR A LIBERAR MES DE FEBRERO 2025 \$4.362.990,00

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 y riesgos profesionales Planilla – correspondiente al mes de NOVIEMBRE  
 En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (NOVIEMBRE); 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

DESCRIPCIÓN DEL	SERIE	PLAC	AREA DONDE SE ENCUENTRA	Nº DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA	FECHA DE ENTRADA	FECHA DE 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*

**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