

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO		CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05	
 		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS		FECHA DE EMISIÓN: 13-07-2022	
		PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES		VERSIÓN: 08	
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		PAGINA 1 DE 1	
Fecha: ABRIL DE 2024					
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUCLB-0425-2023

UCLB-0779/2023	OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción: 10/23/2023	
		Valor inicial: \$51.564.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2023 \$7.934.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2024 SIFF 77424 \$43.630.000,00	
		VIGENCIA AÑO \$ NA	
		VIGENCIA AÑO \$ NA	
		VIGENCIA AÑO	
		Adiciones :	
		1-	\$
		2-	\$
		3-	\$
		4-	\$
		Reducciones : \$,00	
		1-	
		Valor Total \$51.564.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF
			362423
		N°CDP (SIIF)	134023
		Fecha:	10/27/2023
		Garantía Cumplimiento : N/A	
		Aseguradora: N/A	
		Fecha de aprobación de la Garantía: N/A	
		Fecha de la notificación del Supervisor: 01/11/2023	
		Fecha de Inicio : 01/11/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO
			01/11/2023
		FECHA DE TERMINACION	
		31/10/2024	
		Vigencia del Contrato: 31/10/2024	
		Prorrogas:	
		1-	
		2-	
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 1023913777	
PRIETO QUINTERO VANESSA		Dirección: Carrera 7 #15-52 Sur	
		Teléfono: 3014366159	
		Cuenta Bancaria No. 0550488420259043	
		Banco: Davivienda	
		Tipo de Cuenta:	Ahorros
	X		

FORMA DE PAGO: EN CASO DE PERSONAS NATURALES DENTRO DE LOS 30 DIAS CALENDARIO

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		4 DE 4	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacén que Ingres	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL N°UCLB-0779/2023 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	MARZO DE 2024	MAÑANA	\$4.363.000,00
Total del mes					\$4.363.000,00
Saldo del contrato					\$30.541.000,00

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE MARZO \$,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$4.363.000,00
VALOR EN LETRAS	CUATRO MILLONES TRECIENTOS SESENTA Y TRES MIL PESOS

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales 69388522correspondiente al mes de FEBRERO 2024 En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de FEBRERO 2024); 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 documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

OBSERVACIONES:

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	\$7.934.000,00	\$7.934.000,00	\$,00	\$,00
AÑO 2024	\$43.630.000,00	\$13.089.000,00	\$,00	\$30.541.000,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
VALOR TOTAL	\$51.564.000,00	\$21.023.000,00	\$,00	\$30.541.000,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOTA 2: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$5.000.000 se deberá anexar el siguiente cuadro:

INFORMACIÓN GENERAL			SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: NUMERO DE CÉDULA FIRMA :	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato 37.948.181

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:

FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		