

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO		CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05	
<div></div>		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:		FEBRERO 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	N°CDP (SIIF)	
				362423	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	FECHA DE TERMINACION			
		01/11/2023	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	Corriente		
			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 Ingresa	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	FEBRERO DE 2024	MAÑANA	\$4.363.000,00
Total del mes					\$4.363.000,00
Saldo del contrato					\$34.904.000,00

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

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

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales68630764correspondiente al mes de ENERO 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 ENERO 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	\$8.726.000,00	\$,00	\$34.904.000,00
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	\$16.660.000,00	\$,00	\$34.904.000,00
	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:	Mayor María Claudia Gomez Zerdas		
	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública		
NUMERO DE CEDULA:	Servicio de Enfermería		
	Supervisora Contrato		
FIRMA :	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		